



HAL
open science

Troubles du comportement alimentaire de l'adulte : réalisation d'une vidéo de psychoéducation

Louise Ferrier Avenet

► **To cite this version:**

Louise Ferrier Avenet. Troubles du comportement alimentaire de l'adulte : réalisation d'une vidéo de psychoéducation. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01305421

HAL Id: dumas-01305421

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01305421>

Submitted on 21 Apr 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N° 174

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Troubles du comportement alimentaire de l'adulte :
réalisation d'une vidéo de psychoéducation

Présentée et soutenue publiquement
le 16 octobre 2015

Par

Louise FERRIER AVENET

Née le 22 août 1983 à Poitiers (86)

Dirigée par M. Le Docteur Damien Ringuenet, PH

Jury :

M. Le Professeur Henri-Jean Aubin, PU-PH Président

Mme Le Professeur Caroline Dubertret, PU-PH

M. Le Professeur Philip Gorwood, PU-PH



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Henri-Jean Aubin,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier à la Faculté de Médecine de l'Université Paris-Sud PARIS XI

Chef du département de psychiatrie et d'addictologie-Hôpital Paul Brousse, Villejuif

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, et je vous en remercie. Je vous remercie de m'avoir permis de réaliser ma thèse dans votre service. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Damien Ringuenet,

Praticien Hospitalier – Responsable des Unités spécialisées des Troubles des Conduites Alimentaires – Hôpital Paul Brousse, Villejuif

Je te remercie de m'avoir confié ce sujet « original » et au cœur des soins. Je te remercie d'en avoir dirigé le travail, avec patience et grande bienveillance, jusqu'à la dernière minute.

Je te remercie de m'avoir fait aimer cette belle spécialité, de ses bases lors des conférences d'internat jusqu'aux subtilités des TCA que je n'ai pas fini de découvrir.

A Madame le Professeur Caroline Dubertret,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier à la Faculté de Médecine de l'Université Denis Diderot PARIS VII

Chef de service de Psychiatrie et d'addictologie-Hôpital Louis Mourier, Colombes

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury et je vous en remercie. Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement dont j'ai pu profiter lors de mon passage à Louis Mourier. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance pour la confiance que vous m'accordez pour le poste d'assistante dans votre service.

A Monsieur le Professeur Philip Gorwood,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier à la Faculté de Médecine de l'Université Paris Descartes PARIS V

Chef de service de Psychiatrie à la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale, Centre Hospitalier Sainte Anne, Paris

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury et je vous en remercie. Je vous remercie également pour votre accueil pendant l'année passée dans votre service, la richesse de votre enseignement, pour votre disponibilité lors des différents projets que j'ai engagés. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A mes Maîtres,

Pour m'avoir enseigné la Médecine, de la première année jusqu'au jour d'aujourd'hui,

A Christine Vindreau et à Damien Ringuenet,

Je ne vous remercierai jamais assez pour votre accueil, l'excellence de votre enseignement et pour votre précieux soutien depuis le début de mon internat.

Recevez l'expression de toute ma gratitude.

A tous les membres des équipes de la Maison de Solenn, de l'HDJ de la CMME,
des unités de TCA de Paul Brousse au gré des années,
A Alexandra Pham pour avoir dirigé mon mémoire,
A Marine Delavest toujours là pour me répondre,
*Me former à vos côtés a été une grande chance et votre sympathie a fait des moments passés
à l'hôpital un vrai plaisir. Je vous en remercie.*

Aux patients, à leurs familles,
Merci, vous m'avez tant apporté pendant ma formation.

A mes parents,
*Je vous remercie de m'avoir montré la voie depuis mes premiers souvenirs et de m'avoir fait
découvrir une si belle pratique médicale.*

A mon mari,
*Je te remercie pour ton inépuisable soutien, et pour tes nombreuses qualités de médecin :
aimer et respecter ses patients, apprendre pour eux, travailler avec éthique et rigueur...*

A mes amis, ainsi qu'à ma famille et ma belle-famille,
Je vous remercie de m'avoir si bien entourée et soutenue pendant mon internat.

**Au terme de ce travail, je remercie infiniment tous ceux qui ont contribué à sa
réalisation par leur participation :**

Géraldine Langrand et Geoffroy des Acres de l'Aigle, Thibéry Maillard, Jordan Croiset,
Solène Delannoy, ses amis Mickaël Jacobowicz et Rémi Larrose, Mélanie Guillemet,
pour avoir permis la concrétisation de ce projet en s'investissant jusqu'à la dernière minute,
avec professionnalisme et tant d'enthousiasme et de bonne humeur,

Luis Vera, Chantal Ruault, Michel Brotfeld, Isabelle Chemizard, Pauline Léger, Laetitia
Cottin, Charline Vermeersch, pour avoir si bien accueilli ce projet et avoir accepté d'être
filmés, interviewés,
Christelle Ganancat, Joëlle Regourd, Anne-Solène Maria, Lise Michel, pour la spontanéité de
leurs interventions,

Chantal Ruault pour avoir suivi et soutenu le projet, notamment pour avoir présenté les
dossiers afin de financer des professionnels de la production.

Aurélie Danant pour sa relecture attentive des premiers scénarios et le retour sur les
différentes maquettes,

Corinne Blanchet, Aurélie Harf, Thierry Perlès, qui ont répondu présent quand je les ai
sollicités.

Vous m'avez tous ouvert votre porte et m'avez consacré de votre temps.

Chacun dans différents domaines, vous m'avez appris énormément.

*... Donne à ma main l'habileté et la douceur aimante,
A mon esprit la perspicacité,
A ma bouche les mots qui apaisent ...*

Bienheureuse Mère Teresa

A mon grand-père,

A mes enfants chéris, Marie, Edwige et Jean-Baptiste.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations	8
INTRODUCTION	9
I CONTEXTE	11
I.1 TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	11
I.1.1 Critères internationaux	11
I.1.2 Prévalence	16
I.1.3 Tableaux cliniques	16
I.1.4 Comorbidités psychiatriques	20
I.1.5 Évolution, pronostic	20
I.2 PARTICULARITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES TCA	21
I.2.1 Dénis et à ambivalence : importance de l'alliance thérapeutique	21
I.2.2 Repérage et prise en charge initiale	23
I.2.3 Principes généraux des soins	24
I.3 UNE INFORMATION LOYALE, CLAIRE, APPROPRIÉE...	28
I.4 EDUCATION THERAPEUTIQUE ET PSYCHOEDUCATION	30
I.4.1 Education thérapeutique : définition	30
I.4.2 Psychoéducation : définition	32
I.5 L'OUTIL AUDIO-VISUEL DANS LA PSYCHOEDUCATION DES TCA	36
II RÉALISATION DE LA VIDÉO DE PSYCHOÉDUCATION	39
II.1 NAISSANCE DU PROJET	39
II.2 OBJECTIFS	41
II.3 MÉTHODE	41
II.3.1 Rédaction des scénarios	41
II.3.1.1 Résumés des trois parties de la vidéo	41
II.3.1.2 Lignes directrices de la rédaction des scénarios	42
II.3.1.3 Contenu de la vidéo	43
II.3.1.4 Scénarios	44
II.3.2 Moyens humains et matériels	44
II.3.2.1 Demandes de subvention et formation de l'équipe de réalisation	44
II.3.2.2 Protection du projet	45
II.3.2.3 Autorisations	45
III VIDÉO DE PSYCHOÉDUCATION	46
III.1 PREMIÈRE PARTIE : « LES SYMPTÔMES »	46
III.2 DEUXIÈME PARTIE : « DÉCOUVRIR LES SOINS »	46
III.3 TROISIÈME PARTIE : « PERSONNALISER SON PARCOURS »	46
III.4 UTILISATION PRATIQUE DES VIDÉOS	46
III.4.1 Pour les patients et leurs familles	46
III.4.2 Pour les professionnels de santé	47
IV DISCUSSION	48
CONCLUSION	50
ANNEXES	51
Annexe 1 Critères CIM-10 de l'anorexie mentale F50.0	51

Annexe 2 Critères CIM-10 de la boulimie F50.2	52
Annexe 3 Critères CIM-10 des troubles alimentaires atypiques	53
Annexe 4 Critères DSM-IV-TR de l'anorexie mentale	54
Annexe 5 Critères DSM-IV-TR de la boulimie	55
Annexe 6 Critères de l'annexe B du DSM-IV-TR pour l'hyperphagie boulimique	56
Annexe 7 Complications somatiques et psychologiques de la dénutrition	57
Annexe 8 Questionnaire SCOFF-F	58
Annexe 9 Signes évocateurs d'une anorexie mentale	59
Annexe 10 Critères somatiques d'hospitalisation	60
Annexe 11 Critères psychiatriques d'hospitalisation	61
Annexe 12 Critères environnementaux d'hospitalisation	62
Annexe 13 Article 35 du Code de Déontologie	63
Annexe 14 Article L.1111-2 du Code de la Santé publique	64
Annexe 15 Charte mondiale pour AGIR sur les Troubles des Conduites Alimentaires	65
Annexe 16 Tableau comparatif ETP, psychoéducation, TCC. Selon Pancrazi et al.	66
Annexe 17 Contenu de la vidéo psychoéducative sur les TCA et leur parcours de soins	67
Annexe 18 Scénario 1 : « Les symptômes »	79
Annexe 19 Scénario 2 : « Découvrir les soins »	88
Annexe 20 Scénario 3 : « Personnaliser son parcours »	100
Annexe 21 Appel à projet Fondation de France mai 2011	110
Annexe 22 Concours des Nids d'Or 5ème édition	117
Annexe 23 Prototype de demande de subvention du 20/12/2012	124
Annexe 24 Projet de financement : fusion avec un court métrage. Courriel de présentation	129
Annexe 25 Demande de subvention du 28/12/2012 d'ENDAT	130
Annexe 26 Devis 1	134
Annexe 27 Devis 2	136
Annexe 28 Devis 3	137
Annexe 29 Devis 4	138

Liste des tableaux :

Tableau 1 Critères diagnostiques de l'anorexie mentale selon le DSM-5	12
Tableau 2 Critères diagnostiques de la boulimie selon le DSM-5	14
Tableau 3 Critères diagnostiques du Binge Eating Disorder selon le DSM-5	15
Tableau 4 Récapitulatif des objectifs du projet initial	40

LISTE DES ABREVIATIONS

TCA	.....	Trouble des Conduites Alimentaires
AM	.....	Anorexie Mentale
BN	.....	Boulimie Nerveuse
DSM	.....	Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux
EDNOS	.....	Eating Disorder not otherwise specified
BED	.....	Binge Eating Disorder
IMC	.....	Indice de Masse Corporelle
HAS	.....	Haute Autorité de Santé
NICE	.....	National Institute for health and Care Excellence
APA	.....	American Psychiatric Association
TCC	.....	Thérapie Cognitivo-Comportementale
OMS	.....	Organisation Mondiale de la Santé
ETP	.....	Education thérapeutique
HDJ	.....	Hôpital De Jour
ENDAT	.....	Education Nutritionnelle des Diabétiques et Aide aux Troubles du comportement alimentaire
CMME	.....	Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale
ITW	.....	Interview

INTRODUCTION

Les troubles du comportement alimentaires (TCA) regroupent des pathologies graves, débutant le plus souvent à l'adolescence et susceptibles de se chroniciser. La morbidité et mortalité à long terme sont les plus importantes des pathologies psychiatriques. Les TCA représentent donc un enjeu majeur de santé publique. Ces troubles sont complexes et d'origine multifactorielle. Les répercussions sont nutritionnelles, somatiques, psychiques et sociales. La prise en charge des TCA nécessite donc de mettre en place des approches thérapeutiques permettant de les aborder dans leur globalité par des interventions pluridisciplinaires, et ce le plus nettement possible. A l'heure actuelle, les TCA et leur prise en charge restent assez méconnus du corps médical. Les études européennes suggèrent que seule une faible partie des sujets atteints de TCA reçoit un traitement spécialisé (1,2). Des réseaux de santé s'organisent en France pour faciliter l'articulation des soins.

Plusieurs facteurs concourent à la difficulté des soins dans les TCA. Pour la boulimie, la honte et la culpabilité ressenties par les patients face aux symptômes conduit à un enfermement dans une souffrance psychique intense où la maladie reste longtemps cachée de l'entourage et du corps médical. Dans l'anorexie mentale, le déni de la maigreur et de la perte de poids des patients, souvent partagé par l'entourage voire par leur médecin retarde la détection de la maladie et l'initiation des soins. L'ambivalence entrave la mise en place d'une prise en charge adaptée et peut conduire à des ruptures de suivi.

Face à ce constat, l'importance de développer une meilleure prise de conscience de la maladie, de renforcer la motivation au changement et l'engagement dans les soins s'impose depuis une vingtaine d'années. La psychoéducation fait partie des moyens disponibles à toutes les étapes de la maladie pour tenter d'améliorer en ce sens la prise en charge des patients. C'est une approche qui a montré son efficacité pour favoriser, entretenir et consolider l'alliance thérapeutique. La psychoéducation s'adresse aux patients, mais également à leur entourage qui est particulièrement exposé et impliqué dans la maladie et exprime souvent une détresse psychique marquée. Elle est aussi utile aux soignants en permettant de disposer d'un moyen pour faciliter la communication avec les patients, mais aussi d'acquérir des connaissances et un savoir-faire dans l'accompagnement thérapeutique.

Dans ce contexte, nous avons décidé de réaliser une vidéo à visée psychoéducative dont l'objectif est d'informer les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire, mais

aussi les familles et les professionnels de santé non spécialisés, sur la symptomatologie de la maladie, les complications et les possibilités de sa prise en charge.

La première partie de ce manuscrit est consacrée au contexte dans lequel se situe ce travail de thèse. Nous y ferons, dans un premier temps, un rapide tour d'horizon de la clinique et l'état des lieux de la prise en charge des trois principaux troubles du comportement alimentaire ciblés par cet outil de psychoéducation. Nous définirons ensuite le cadre de la psychoéducation et plus spécifiquement l'usage d'outil audiovisuel dans les TCA. Dans une deuxième partie, nous présenterons les étapes de la réalisation des supports vidéos. Enfin, la troisième partie de ce manuscrit présente l'outil audio-visuel en lui-même et son utilisation pratique.

I CONTEXTE

I.1 TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

I.1.1 Critères internationaux

Les critères diagnostiques des TCA font l'objet de nombreuses discussions, notamment en ce qui concerne les formes subsyndromiques et l'association de plusieurs TCA. Ils sont décrits dans les deux grands systèmes actuels de classification internationale des pathologies psychiatriques :

- la 10ème Classification Internationale des Maladies (CIM-10) éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1992 qui comporte trois catégories de TCA : AM, BN et TCA atypiques (Annexes 1 à 3).
- le Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème édition révisée en 2000 (DSM-IV-TR), éditée par l'Association américaine de Psychiatrie. Cette classification comportait 3 catégories : AN, BN et les TCA non spécifiés ou EDNOS (*Eating Disorder not otherwise specified*). Ce dernier groupe contenait l'hyperphagie boulimique ou Binge Eating Disorder (BED) (Annexes 4 à 6).

La majorité des études s'appuient sur le DSM-IV-TR (3).

Une nouvelle édition, le DSM-5, a été publiée en 2013(4). Quelques modifications ont été apportées au DSM-IV-TR.

L'anorexie mentale y est définie selon les critères présentés dans le tableau suivant:

Tableau 1 : critères diagnostiques de l'anorexie mentale selon le DSM-5 (4)

A.	Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur à un poids minimal attendu.
B.	Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
C.	Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.
<p>Type restrictif : pendant les trois derniers mois, le sujet n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie (gloutonnerie) ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-dire. laxatifs, diurétiques, lavements). Ce sous-type décrit des situations où la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.</p> <p>Type accès hyperphagiques/purgatif: pendant les trois derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de gloutonnerie et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).</p>	
<p>En rémission partielle : Après avoir précédemment rempli tous les critères de l'anorexie mentale, le critère A (poids corporel bas) n'est plus rempli depuis une période prolongée mais le critère B (peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement interférant avec la prise de poids) ou le critère C (altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps) est toujours présent.</p> <p>En rémission complète : Alors que tous les critères de l'anorexie mentale ont été précédemment remplis, aucun n'est plus rempli depuis une période prolongée</p>	
<p>Le seuil de sévérité, chez l'adulte, est établi à partir de l'indice de masse corporelle (IMC) actuel ou, pour les enfants et les adolescents, à partir du percentile de l'IMC. Les degrés ci-dessous sont dérivés des catégories de maigreur de l'OMS pour les adultes ; pour les enfants et les adolescents, il faut utiliser les percentiles de l'IMC. Le degré de sévérité peut être majoré afin de refléter les symptômes cliniques, le degré d'incapacité fonctionnelle et la nécessité de prise en charge.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Léger : $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$ - Moyen : $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$ - Grave : $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$ - Extrême : $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$ 	

Pour le critère A, la définition du DSM-IV « refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille » a été remplacée en raison de la tonalité péjorative du mot « refus » et de sa difficulté à l'évaluer (par exemple, perte de poids conduisant au maintien d'un poids inférieur à 85% du poids attendu ou incapacité à prendre du poids pendant une période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu). Le DSM-5 ajoute au critère B la référence au comportement en raison du déni de cette peur existant chez un certain nombre d'individus souffrant de cette maladie. Le critère D de l'aménorrhée est supprimé en raison de l'existence de cas avec une activité menstruelle ponctuelle. De plus, ce critère est difficilement applicable aux jeunes filles avant leurs premières règles, aux femmes avec une contraception orale ou post-ménopausées et aux hommes. Il est cependant relevé que les femmes en aménorrhée présentent une déminéralisation osseuse plus importante que les femmes qui ne répondent pas à ce critère. Enfin, le DSM-5 précise la durée d'existence de ces troubles (trois mois) tandis que le DSM-IV précisait simplement qu'ils devaient correspondre à l'épisode actuel. L'intérêt est d'apporter plus de précision cliniquement et pour la recherche devant les « cross-over » diagnostiques fréquents.

La boulimie est définie selon les critères présentés dans le tableau suivant :

Tableau 2. Critères diagnostiques de la boulimie selon le DSM-5 (4)

A.	<p>Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) (<i>binge-eating</i>). Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :</p> <p>(1) absorption, en une période de temps limitée (par exemple moins de 2 h), 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</p> <p>(2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)</p>
B.	<p>Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif</p>
C.	<p>Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous les deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois</p>
D.	<p>L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle</p>
E.	<p>Le trouble ne survient pas exclusivement pendant les épisodes d'anorexie mentale</p>
<p>En rémission partielle : alors que tous les critères de la boulimie ont été précédemment remplis, plusieurs, mais pas la totalité, ont persisté pendant une période prolongée.</p> <p>En rémission complète : alors que tous les critères de la boulimie ont été précédemment remplis, aucun ne l'est plus depuis une période prolongée.</p>	
<p>Le seuil de sévérité est établi selon la fréquence des comportements compensatoires inappropriés (voir ci-dessous). Le niveau de sévérité peut être majoré afin de refléter les autres symptômes et le degré d'incapacité fonctionnelle.</p> <p>Légère : une moyenne de 1-3 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine</p> <p>Moyenne : une moyenne de 4-7 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine</p> <p>Grave : une moyenne de 8-13 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine</p> <p>Extrême : une moyenne d'au moins 14 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine</p>	

Le DSM-5 réduit la fréquence des crises de boulimies et des comportements compensatoires à une fois par semaine (contre deux fois dans le DSM-IV). Les sous-types (avec vomissements ou prise de purgatifs, et sans) ont été supprimés devant une revue de la littérature montrant que le sous-type sans conduite de purge bénéficiait de peu d'attention probablement parce qu'il

s'approche du BED et que les comportements compensatoires étaient compliqués à définir. Le Binge Eating Disorder, appelé également « accès hyperphagiques » a donc été ajouté :

Tableau 3. Critères diagnostiques du BED selon le DSM-5 (4):

A.	<p>Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de gloutonnerie) (<i>binge-eating</i>). Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :</p> <p>(1) absorption, en une période de temps limitée (par exemple moins de 2 h), 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</p> <p>(2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)</p>
B.	<p>Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) sont associés à au moins trois des caractéristiques suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manger beaucoup plus rapidement que la normale 2. Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale 3. Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim 4. Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe 5. Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.
C.	Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) entraînent une détresse marquée
D.	Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) surviennent en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.
E.	Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie, et ne surviennent pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.
<p>En rémission partielle : après avoir précédemment rempli tous les critères de ce trouble, les accès hyperphagiques surviennent à une fréquence moyenne de moins d'un épisode par semaine pendant une période prolongée</p> <p>En rémission complète : alors que tous les critères de ce trouble ont été précédemment remplis, aucun ne l'est plus depuis une période prolongée.</p>	
<p>Le seuil de sévérité est établi selon la fréquence des accès hyperphagiques (voir ci-dessous). Le niveau de gravité peut être majoré afin de refléter les autres symptômes et le degré d'incapacité fonctionnelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Légère : 1-3 accès hyperphagiques par semaine – Moyenne : 4-7 accès hyperphagiques par semaine – Grave : 8-13 accès hyperphagiques par semaine – Extrême : ≥ 14 accès hyperphagiques par semaine. 	

La durée des accès hyperphagiques change : au moins 2 jours par semaine sur 6 mois dans le DSM-IV est désormais réduit à au moins une fois par semaine, mais pendant 3 mois.

Le groupe des EDNOS est remplacé par le terme de « Autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, spécifié » (Feeding and Eating Conditions Not Elsewhere Classified). Le DSM-5 en donne brièvement cinq exemples : anorexie mentale atypique, boulimie de faible fréquence et/ou de durée limitée, accès hyperphagiques de faible fréquence et/ou de durée limitée, trouble purgatif, syndrome d'alimentation nocturne.

I.1.2 Prévalence

Il existe peu d'études épidémiologiques nationales, il n'y a pas de données en France. La prévalence et l'incidence varient en fonction de la population et du lieu de recrutement (service spécialisé, pédiatre, médecin généraliste, etc.). Le recueil des données est compliqué en raison de la faible incidence des TCA mais aussi du déni qui les caractérise.

La prévalence vie-entière des TCA chez l'adulte est d'environ 0,6 % pour l'AM, 1 % pour la BN et 2% pour le BED, selon les critères du DSM-IV. La prévalence sur 12 mois de l'AM chez les jeunes femmes est d'environ 0,4 %. L'AM est une pathologie essentiellement féminine (9 cas sur 10). La prévalence sur 12 mois de la boulimie est de 1 à 1,5 % chez les jeunes femmes, 0,5 % chez les hommes (sex ratio de 1/10). La prévalence sur 12 mois du BED aux Etats-Unis, chez les adultes est de 1,6 % chez les femmes et 0,8 % chez les hommes, le ratio selon le sexe est donc beaucoup moins déséquilibré que pour l'AM et la BN(5,6).

Les modifications du DSM-IV au DSM-5 conduisent à une modification des prévalences : légère augmentation de la prévalence de l'anorexie mentale (AM) et de la boulimie (BN) et forte diminution des TCA non spécifiques due à la sortie du BED du groupe des EDNOS (7). La prévalence vie-entière du BED selon les critères du DSM-5 augmenterait : 2,9 % chez les femmes et 3 % chez les hommes (8).

I.1.3 Tableaux cliniques

Classiquement, l'AM associe la triade « anorexie-amaigrissement-aménorrhée ». A cela s'ajoute l'altération de la perception de soi et de l'estime de soi (9–11).

Les troubles débutent par une restriction alimentaire stricte et volontaire devant une surcharge pondérale réelle ou imaginaire, avec une lutte active contre la sensation de faim. La faim ne disparaît pas avant un stade avancé de dénutrition. Les aliments considérés comme contenant

des graisses et du sucre sont éliminés en premier. Les ruminations autour de la nourriture deviennent obsédantes et de nombreux rituels se mettent en place. Ils permettent de contenir l'anxiété liée à la prise de nourriture : dissection en très petits morceaux des aliments, tri, longueur excessive du repas, dissimulation de nourriture, comptage des calories, préparation de plats à outrance pour l'entourage, etc.. Les repas en commun sont évités car ils sont source de conflits avec l'entourage mais aussi parce que manger est progressivement considéré comme honteux. La réaction face à l'inquiétude des proches est marquée par l'indifférence. La restriction alimentaire s'accompagne d'autres stratégies de contrôle du poids comme l'hyperactivité physique. Les patients s'isolent dans des activités solitaires. Volontaire ou non à un stade avancé de la maladie, l'hyperactivité participe à l'épuisement. Elle peut être valorisée par les patients ou bien dissimulée. Il y a un refus de reconnaissance de la fatigue et du besoin de sommeil. D'autres conduites ascétiques peuvent être observées : exposition au froid, dormir à même le sol, refus de s'asseoir... La baisse des performances physiques et/ou intellectuelle est tardive et peut motiver la demande de soin. Il faut également rechercher une potomanie pouvant conduire à une hyponatrémie sévère. Les conduites de purge (vomissements provoqués, prises de laxatifs et diurétiques) peuvent être associées et constituent un facteur de gravité. Elles s'inscrivent dans les comportements de contrôle du poids et de l'apparence physique. Les formes mixtes d'anorexie-boulimie représenteraient 50 % des formes d'AM. Les épisodes boulimiques peuvent être objectifs mais sont fréquemment subjectifs au départ. L'apparition des premières crises de boulimie s'accompagne souvent d'une détresse intense motivant une demande de prise en charge. La présence d'un mérycisme est à rechercher, il signe un dysfonctionnement psychopathologique sévère.

L'amaigrissement est volontaire et découle des conduites restrictives. La rapidité de l'amaigrissement et son importance sont des facteurs de gravité. Il y a un déni de la maigreur, un fantasme de prendre du poids dès qu'un aliment est ingéré comme en témoignent par exemple les pesées itératives dans la journée. Les distorsions de l'image corporelle touchent le plus souvent les cuisses, les fesses, le ventre et les joues. L'aspect physique des patients anorexiques est évocateur : corps filiforme et androïde avec la disparition des caractères sexuels secondaires, faciès ridé, xérose, trouble des phanères (ongles et cheveux secs et cassants, hypertrichose, lanugo), fonte de la masse grasse et fonte musculaire parfois masquée par des œdèmes de carence des membres inférieurs, os saillants. Les troubles circulatoires sont constants : pâleur, rougeur et cyanose des extrémités, hypotension artérielle et bradycardie. A l'âge adulte, l'ostéoporose est fréquente et sévère, les troubles cognitifs

apparaissent. Les complications somatiques et psychologiques de la dénutrition sont reportées en annexe (Annexe 7).

L'aménorrhée est primaire ou plus souvent secondaire. Dans 20% des cas, l'aménorrhée semble précéder la perte de poids, les facteurs évoqués sont l'hyperactivité physique, le stress psychologique, la restriction alimentaire. Dans 15% des cas, l'aménorrhée perdure après la rémission de l'AM (12,13). A l'âge adulte, l'absence de règle est souvent masquée par des hémorragies de privation lors d'un traitement hormonal œstroprogestatif.

La sphère relationnelle est largement atteinte avec un hyperinvestissement intellectuel renforçant l'isolement social. Les relations sociales sont superficielles et de plus en plus pauvres avec un repli sur le milieu familial. Au-delà de la maîtrise de l'alimentation et du corps, l'AM est caractérisée par la maîtrise des émotions et des relations interpersonnelles. La dynamique familiale est fortement perturbée par l'AM. La sexualité est refoulée massivement, aussi bien d'un point de vue physiologique que du désir. Lorsqu'une activité sexuelle persiste, elle est souvent mécanique, conformiste, peu épanouissante.

La BN évolue par accès de surconsommation alimentaire se déroulant quelques fois par semaines à plusieurs fois par jour (jusqu'à l'«état de mal boulimique» avec des crises continues incoercibles). Elle survient souvent lorsque la jeune femme perd le contrôle d'une restriction alimentaire qu'elle s'efforce de maintenir en permanence dans le but de maigrir ou de rester mince. L'accès boulimique est stéréotypé, quasi ritualisé, propre à chaque sujet. La durée est limitée dans le temps d'une quinzaine de minutes à deux heures, les horaires sont variables d'une personne à l'autre. Les circonstances précipitant les crises sont identifiables, classiquement des états émotionnels négatifs tels que l'ennui, le sentiment de solitude ou d'abandon, une recrudescence d'angoisse ou d'affects dépressifs, des difficultés à se mettre au travail, l'appréhension avant un rendez-vous. Plus rarement, une joie ou une satisfaction peuvent précipiter une crise. La crise peut être immédiate ou s'intensifier progressivement donnant lieu à une phase de préparation méthodique avec l'achat ou le vol d'aliments hypercaloriques, habituellement que le patient s'interdit (pain, pâtes, pâtisseries, sucre, chocolat, beurre...). Le coût financier est souvent important et peut avoir de graves répercussions sur le niveau de vie. La lutte contre l'envie de nourriture aggrave la tension intérieure que la crise vient soulager. La consommation se fait en cachette. La résolution de la crise est marqué par un malaise physique et psychique avec des douleurs abdominales, un état de torpeur et par la peur de la prise de poids avec une honte, une culpabilité, une tristesse

voire un vécu de dépersonnalisation. Des idées de suicides, des épisodes de scarifications peuvent survenir dans ces moments. La reconnaissance du caractère pathologique de cette conduite est toujours présente. L'accès est suivi de stratégies de contrôle du poids, le plus souvent des vomissements provoqués mais aussi la prise de laxatifs, diurétiques, produits anorexigène, ou une période de jeûne, un exercice physique intense. Le poids est le plus souvent normal. L'estime de soi est influencée par le poids et l'image corporelle. L'insatisfaction corporelle est constante. L'examen clinique est marqué principalement par les complications des conduites de purge : douleurs et troubles digestifs (reflux gastro-œsophagien, ulcères gastriques...), hématomèse (rupture de varices œsophagiennes, syndrome de Mallory-Weiss), parotidomégalie et hypertrophie des glandes sous-maxillaires, ulcérations bucco-pharyngées, caries et pertes de l'émail dentaire, syndrome de Russel, malaises (hypotension dans un contexte de déshydratation, troubles du rythme cardiaque liés à l'hypokaliémie). Une dysménorrhée est fréquente. (10,11)

Le BED est caractérisé par des accès boulimiques non suivis de conduites de contrôle pondéral ce qui conduit donc au surpoids puis à l'obésité. On recherchera donc en cas d'obésité les complications propres qui lui sont propres: hypertension artérielle, dyspnée d'effort, angor, apnées du sommeil, endormissement diurne, ronflements, asthénie matinale, douleurs articulaires (genoux, hanches, chevilles, lombaires), macération des plis, mycoses, insuffisance veineuse, lymphœdème, incontinence urinaire, anomalies du cycle menstruel, signes d'orientation de présence d'un cancer (métrorragies, examen des seins, etc.), explorations d'anomalies lipidiques. L'odd ratio du BED vie-entière est de 0,7 pour un IMC < 18,5 kg/m², 1,0 pour un IMC entre 18,5 et 24,9 kg/m², 1,3 pour un IMC entre 25 et 29,9 kg/m², 3,1 pour un IMC entre 30 et 39,9 kg/m² et 6,6 pour un IMC > 40 kg/m² (14). La distinction clinique entre l'obésité et le BED est complexe. Selon les études sur lesquelles s'appuie le DSM-5, la plupart des patients obèses ne présenteraient pas d'accès hyperphagiques récurrents. Les patients atteints de BED absorberaient plus de calories, présenteraient des préoccupations autour du poids et du corps très fortes et présenteraient un retentissement fonctionnel plus important, une qualité de vie moindre, une plus grande détresse personnelle et une plus grande comorbidité psychiatrique que les sujets obèses sans accès hyperphagiques. Dans le BED, l'évolution favorable à long terme suite à un traitement psychologique empiriquement validé semble contraster avec l'absence d'efficacité de traitement à long terme dans l'obésité.

I.1.4 Comorbidités psychiatriques

Les comorbidités sont fréquentes chez les patients souffrant de TCA. Des troubles du développement ont été rapportés dans environ un cinquième des cas d'AM (par exemple les troubles du spectre autistique et le trouble déficit de l'attention/hyperactivité). L'existence de traits du registre obsessionnel-compulsif ou un véritable trouble obsessionnel compulsif, des troubles anxieux et certains traits de personnalité borderline est rapportée avant et après l'apparition d'un TCA et ont été aussi diagnostiqués chez les membres de la famille des patients. Les TCA sont associés avec les troubles de l'humeur. L'AM et la BN sont également associés aux troubles de l'usage de l'alcool ou d'autres substances, le BED l'est dans un moindre degré. Dans le BED, la comorbidité n'est pas corrélée au degré d'obésité mais à la sévérité des accès hyperphagiques (4,15).

I.1.5 Évolution, pronostic

L'AM débute le plus souvent après la puberté avec un âge moyen de début de 17 ans (avec deux pics de fréquence autour de 14 ans et de 18 ans) (6) suite à un événement de vie stressant (circonstance de perte ou de séparation). L'épisode peut être unique : 10 % des jeunes filles présentent autour de 18 ans des formes légères d'anorexie et spontanément curables en un an (10). Les épisodes peuvent se répéter avec un enchaînement de prise de poids puis de rechute ou l'AM peut se chroniciser sur de nombreuses années. A terme, la moitié des personnes soignées pour une anorexie mentale à l'adolescence guérissent, un tiers est amélioré, 21 % souffrent de troubles chroniques et 5 % décèdent. Plus la maladie est prise en charge précocement, meilleur sera le pronostic (16). Un jeune âge au début de la maladie et une courte durée de la maladie sont associés à un bon pronostic tandis que l'existence de comorbidités psychiatriques et psychiatriques sont associées à un mauvais pronostic (17).

La BN débute habituellement entre 15 et 20 ans, fréquemment après une période de régime restrictif visant à perdre du poids. La succession d'événements de vie stressants participent également à la survenue d'une BN. L'évolution est fortement liée à l'importance de la comorbidité. Contrairement à l'AM, les chances de guérison augmentent avec la durée de la maladie (16).

L'évolution du BED est mal connue. Les accès hyperphagiques s'observent chez l'enfant et débutent souvent chez l'adolescent ou le jeune adulte mais, différence notable, l'âge moyen de première consultation est plus élevé (30 à 50 ans). La grossesse et le post-partum semble correspondre à des périodes à haut risque de développer un BED (18). La perte de contrôle de

l'alimentation et des accès boulimiques épisodiques peuvent constituer une phase prodromique de TCA. Il est fréquent qu'une personne ayant souffert de BED ait tendance à faire des régimes. Les taux de rémission spontanées et ceux observés dans les essais thérapeutiques sont meilleurs que pour la BN et l'AM. Cependant, le BED a tendance à se pérenniser dans le temps, et l'évolution en termes de sévérité et de durée est comparable à la boulimie (4).

Le passage de l'anorexie restrictive à l'anorexie-boulimie ou à la boulimie est fréquent, d'autant plus que la maladie s'installe. La transition d'une AM vers un comportement de BED est aussi commun, mais pas l'inverse. Des épisodes correspondant aux critères du BED peuvent également survenir chez des patients boulimiques qui cessent leurs conduites de purge. Le passage d'un BED à un autre TCA est rare.

Par ailleurs, l'AM est un des troubles psychiatriques les plus mortels avec une mortalité de 5 à 10% selon les études. La mortalité est maximale l'année qui suit la sortie d'hospitalisation des patientes. Elle est due aux complications somatiques dans plus de la moitié des cas (le plus souvent un arrêt cardiaque), à un suicide dans 27 % des cas et à d'autres causes dans 19 % des cas. Le risque de décès en cas d'AM est multiplié par 4 par rapport à des femmes d'un même âge et par 7,4 en cas de BN (11). Il n'y a pas d'études publiées sur les effets du BED sur la mortalité (18).

Le risque suicidaire des patientes souffrant de TCA est élevé, avec des taux rapportés de 12 sur 100000 sur un an pour l'AM (4).

I.2 PARTICULARITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES TCA

I.2.1 Dénier et ambivalence : importance de l'alliance thérapeutique

Le **dénier des symptômes** et l'**ambivalence aux soins** des patients souffrant de TCA font partie intégrante de la maladie et sont largement décrits dans la littérature scientifique internationale comme par les auteurs français de divers horizons. Le déni est considéré comme un obstacle à la détection, à l'évaluation et au traitement des TCA. Il peut concerner le patient, mais **aussi les proches et les soignants**. Le déni de la maladie est caractéristique de l'AM et la différencie des autres pertes de poids. Pour la BN et le BED, la conscience du caractère

pathologique du TCA est presque toujours présente, associée à un vécu douloureux, honteux. L'ambivalence aux soins, la difficulté à « abandonner » les symptômes, sont communs à tous les TCA.

La première rencontre thérapeutique est un moment crucial pendant lequel sera désigné le plus souvent le référent du projet thérapeutique. Les conditions de la rencontre sont souvent marquées par deux situations opposées quoique sur le fond très proches : d'un côté, celle du déni massif des troubles, de leurs conséquences, voire de toute difficulté ; de l'autre, celle de l'attente magique d'une guérison immédiate (19). C'est le rôle du soignant d'amener à cette levée du voile. La notion de clivage qui accompagne le déni sous-entend **une partie saine** du Moi qui tient compte de la réalité. C'est celle-ci qu'il est possible de réveiller chez le patient et/ou son entourage. La **cohérence soignante et familiale** saura alors stimuler la levée du déni, souhaitée au fond par le patient à condition qu'il se sente respecté et compris dans ses conflits intérieurs. Mais reconnaître son trouble ne veut pas dire être prêt à un changement. D'où la nécessité de l'alliance thérapeutique et de l'initiation des premiers soins. Dans une étude récente, Hillen souligne que l'absence d'amélioration en terme nutritionnel et somatique des patients en début de prise en charge ne signifie pas l'échec du traitement (20). En effet, elle évalue 40 adolescentes souffrant d'AM avant puis après hospitalisation : elles améliorent davantage leur désir de changement que leurs symptômes anorexiques. L'amélioration de l'engagement dans les soins doit donc être considérée comme une cible thérapeutique, condition sine qua non à la réduction des autres symptômes.

La relation thérapeutique, appuyée sur un savoir-faire et de l'expérience, doit conjuguer, y compris de façon **paradoxe**, quelques grands principes : une indispensable **directivité** et fermeté, en même temps qu'un **extrême respect de la capacité du patient à trouver en lui-même ce qui peut être bon et constructif pour lui** (19).

Selon l'étude rétrospective de Vandereycken portant sur 400 cas (21), cacher son TCA peut être un refus délibéré de reconnaître ses difficultés alimentaires, lié à la relation avec le soignant. En effet, la moitié des patientes disent qu'elles en auraient parlé plus tôt si celui-ci avait montré une connaissance suffisante de la pathologie alimentaire.

Dans son chapitre sur les repères pour la prise en charge des conduites de dépendance du sujet jeune, Vénisse pense l'alliance sous forme d'une réflexion aux questions suivantes (22):

« - Comment soutenir chez le patient une capacité de mettre en pensées et en mots ce qui est souffrance, impensable et indicible ?

- Comment mettre en place la relation thérapeutique de façon qu'elle ne se pervertisse pas sur

le mode addictif, avec les risques d'emprise et de rupture qui le caractérise ?

- Comment situer le projet de soin comme une relance et un accompagnement des processus développementaux qui semblent bloqués ? »

La relation thérapeutique devant tenir dans la durée, les soignants devront trouver la juste distance relationnelle, et entretenir l'alliance au long cours sans céder à la fascination, ni au rejet. Il convient aussi que le patient ne se sente ni oublié, ni sous emprise. Partager le suivi entre plusieurs soignants aidera à maintenir les liens dans le temps avec un référent du projet global afin de renforcer le sentiment de sécurité du patient.

I.2.2 Repérage et prise en charge initiale

Il existe en France des recommandations récentes concernant la prise de charge de l'anorexie mentale, publiées en juin 2010 par la Haute autorité de Santé (HAS) (19). La prise en charge de la BN et du BED repose sur les consensus internationaux, notamment les recommandations britanniques de 2004 du National Institute for Clinical Excellence (NICE) qui sont en cours de mise à jour (23,24), les séminaires du Lancet de 2003 et 2010 (15) et les recommandations américaines de 2006 de l'American Psychiatric Association (APA) avec la 3ème édition des observations de ces recommandations (25,26).

Le repérage et la prise en charge précoce de l'AM comme des autres TCA sont recommandés pour prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales. L'étude de van Son confirme l'hypothèse d'amélioration du pronostic des TCA par leur détection précoce (27). Cette étude danoise est menée grâce aux informations délivrées par les médecins généralistes pour 147 patients atteints de TCA et évalués sur une période de 4,7 ans en moyenne. Quand un patient a 19 ans ou moins lors de la détection du TCA par le médecin généraliste, l'étude montre qu'il a 4 fois plus de chance de guérir. Il y a incontestablement une **influence négative de la durée des troubles avant le début du traitement sur le pronostic** (verrouillage biologique, psychologique et social). La **multiplication, encore trop fréquente, des examens paracliniques** fait longtemps errer le diagnostic **déviant la dimension psychologique** de l'affection et donc la détresse du patient (9,11).

Les études européennes suggèrent qu'**une faible partie des sujets atteints de troubles du comportement alimentaire reçoit un traitement spécialisé**. On a pu estimer que 50 % des cas d'AM et moins d'un tiers des cas de BN étaient détectés par les professionnels de santé de

première recours, et seulement 30 % des patients adressés dans les centres de santé mentale ou spécialisés (1,2).

Cependant, le déni de la maladie et le taux faible de repérage ne veulent pas dire que ces patients évitent leur médecin généraliste. Une étude britannique montre que pendant les 5 ans précédant la détection des troubles du comportement alimentaire, ces sujets **consultent leur médecin généraliste significativement plus fréquemment que les autres patients** (28). Dans les premières consultations, ces patients se présentent avec ses plaintes psychologiques, gastro-intestinales ou gynécologiques consécutives à l'anorexie ou ses complications. Les résultats de l'étude qualitative de Rives dans sa thèse sur la place des médecins généralistes dans l'anorexie mentale en France tendent à montrer que les patientes n'ont pas majoritairement consulté leur médecin généraliste avant que le diagnostic d'AM ne soit posé (n 7/10) (29). Dans cette étude incluant 16 patientes, la question de la dénutrition n'a été abordée la première fois par le médecin généraliste que dans 6 cas et pas d'autres spécialistes dans les autres cas.

L'ensemble de ces résultats suggère qu'il existe un taux important de **morbidité masquée** de troubles du comportement alimentaire. D'où l'importance d'**améliorer leur dépistage et donc la formation des soignants**. La HAS souligne que les médecins généralistes ainsi que les équipes au contact des populations à risque (infirmières scolaires, entraîneurs sportifs, médecins des centres de planification familiale, gynécologues, gastro-entérologues) sont les mieux placés pour identifier de façon précoce les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire (19). Ils doivent y être **sensibilisés par une meilleure formation et disposer d'outils de communication avec les patients**. Un **repérage ciblé** est recommandé sur les populations à risque (adolescentes, jeunes femmes, mannequins, danseurs et sportifs notamment de niveau de compétition ou en présence de signes d'appel à rechercher par un interrogatoire simple ou l'utilisation du questionnaire **SCOFF-F** (Annexes 8 et 9).

I.2.3 Principes généraux de prise en charge

Les recommandations internationales citées dans le paragraphe précédent font consensus pour définir les grandes lignes de la prise en charge des troubles alimentaires (15,19,23–26).

Une fois le TCA repéré, l'évaluation clinique du patient doit être aussi complète que possible et **identifier les risques physiques et psychologiques** (y compris suicidaires). Le suivi des

paramètres anthropométrique doit être systématique. L'absence d'au moins un critère d'une des classifications internationales signe un TCA subsyndromique. Un examen clinique complet à la recherche de **signe de gravité** sera réalisé. Un ionogramme sanguin, un électrocardiogramme et un hémogramme sont recommandés lors de la prise en charge initiale. Il faut ensuite nommer ces risques, avertir, mais aussi ouvrir d'emblée à la dimension psychologique et relationnelle sous-jacente.

La prise en charge des TCA est **multidisciplinaire**, avec au moins deux intervenants : un médecin somaticien et un psychiatre, pédopsychiatre ou psychologue. La sollicitation d'un professionnel de santé expérimenté en TCA est requise. Pour assurer la cohérence des soins, la prise en charge sera coordonnée par un médecin **référent**.

Tout au long de la prise en charge, différents niveaux de soins, ambulatoires et hospitaliers, s'articuleront en fonction de la gravité et de l'évolution de la maladie. L'évaluation clinique initiale est globale et répond aux critères somatiques, psychiatriques et environnementaux. Il est recommandé que la prise en charge soit initialement ambulatoire une fois l'urgence somatique ou psychiatrique éliminée.

Particulièrement pour la BN et le BED, l'hospitalisation à temps plein est rarement indiquée. Elle est nécessaire en cas d'état de mal boulimique, d'urgences psychiatriques (crise suicidaire) ou somatiques (hypokaliémie, complication digestive sévère) ou en cas d'échec de traitement ambulatoire. Dans ce cas, les hospitalisations sont en général programmées et limitées dans le temps. Pour l'AM, des critères d'hospitalisation à temps plein ont été définis par la HAS (Annexes 10 à 12).

On peut définir quatre objectifs de soins principaux : somatique, nutritionnel, psychique ainsi que familial et social.

Les objectifs nutritionnels en cas de dénutrition sont d'atteindre et de maintenir un poids et un statut nutritionnel normaux, d'obtenir une alimentation spontanée, régulière, diversifiée, de retrouver la fonction sociale de l'alimentation, d'obtenir la réapparition des sensations de faim et de satiété. En cas de BN, les objectifs sont également l'arrêt des crises et des conduites de purge, la réintroduction des aliments inducteurs de crise et la restauration du schéma alimentaire.

L'objectif du **somaticien** est de surveiller l'état clinique du patient, de prévenir, dépister et traiter les complications par un suivi régulier. En cas de conduites de purge, il est recommandé de surveiller régulièrement les électrolytes (particulièrement la kaliémie), de

supplémenter une éventuelle hypokaliémie et de repérer et traiter les répercussions dentaires et digestives. En cas d'AM, il est recommandé de réaliser une ostéodensitométrie osseuse après 6 mois d'aménorrhée et de la renouveler tous les 2 ans en cas d'anomalies ou de persistance de l'aménorrhée. Devant l'aménorrhée de l'AM ou les anomalies du cycle menstruel des autres TCA, il faut prévenir les patientes du risque même infime de grossesse, les informer des différentes possibilités de contraception et en cas de désir de grossesse, il est recommandé de les informer des risques encourus pour le futur enfant et elles-même. Il est recommandé de dépister et prendre en charge les formes subsyndromiques d'AM lors de demande de procréation médicalement assistée. En cas de grossesse chez des patientes ayant un antécédent actif ou résolu de TCA, la surveillance pendant la grossesse et le post-partum doit être rapprochée, pluridisciplinaire afin d'assurer une croissance fœtale satisfaisante, d'éviter une recrudescence du TCA, d'éviter les complications psychiques (troubles anxieux et dépressifs notamment), et de veiller à l'instauration d'une relation mère-bébé de bonne qualité.

Sur le plan psychologique et psychiatrique, la prise en charge a pour objectif d'aider le patient à comprendre et à coopérer à sa réhabilitation physique et nutritionnelle pour réduire les risques, modifier les attitudes dysfonctionnelles liées au trouble alimentaire, améliorer des relations sociales et interpersonnelles et traiter les éventuelles comorbidités psychiatriques. Les soins psychologiques sont individuels et familiaux. Le choix de la psychothérapie sera fonction du patient, de son âge et du stade d'évolution de la maladie : thérapies de soutien à tout stade de la maladie, psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique, thérapies cognitivo-comportementales (TCC) (30). La prise en charge doit intégrer la famille, surtout pour les patients les plus jeunes en cas d'AM, afin d'améliorer les ressources et les compétences de l'entourage. On reconnaît actuellement deux grands types d'approche pour tenter de lever le déni, travailler l'ambivalence au changement et amener à une alliance thérapeutique de bonne qualité : les courants psychodynamiques et psychanalytiques et les entretiens motivationnels, s'inspirant davantage des TCC. Quelle que soit l'approche psychothérapique, les recommandations de la HAS soulignent « l'importance d'être vigilant à freiner le réflexe de remise en cause négative de soi et d'autoreproche, toujours trop actif dans ces pathologies du narcissisme, et qui entraîne inmanquablement méfiance de soi-même et augmentation des clivages » (19). Les approches motivationnelles sont particulièrement intéressantes en début de prise en charge pour faciliter l'adhésion au projet de soins et ont été surtout évaluées pour la BN et le BED (31,32). Les thérapies de type TCC, individuelles ou de groupe, sont à privilégier dans la BN et le BED. Les thérapies interpersonnelles ainsi que les

thérapies comportementales dialectiques présentent également un intérêt dans le traitement de la BN et du BED. Les études récentes sur les programmes de « self-help » (auto-prise en charge) montrent leur efficacité dans la BN et le BED lorsqu'ils sont encadrés par des soignants (33). Les approches corporelles, l'art-thérapie, la musicothérapie, etc. peuvent être proposées en association. La durée de la prise en charge psychothérapeutique doit être longue, d'au moins un an après une amélioration clinique significative.

La **pharmacothérapie** est peu développée. Il n'y a aucun traitement médicamenteux spécifique de l'AM, les psychotropes sont prescrits pour les troubles psychiatriques associés en respectant les règles de prudence quant aux effets indésirables (allongement du QT sous antipsychotiques et antidépresseurs tricycliques). Pour la BN, les traitements antidépresseurs par inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (particulièrement la fluoxétine) semblent efficaces sur les symptômes alimentaires avec une diminution de la fréquence et des accès boulimiques, il est recommandé de les associer à une psychothérapie type TCC. Plusieurs revues et méta-analyses sont conduites sur l'efficacité des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine dans le BED et montrent une certaine efficacité sur la diminution de la fréquence des crises. Certaines études conduisent à s'interroger sur l'efficacité sur la perte de poids et les symptômes dépressifs et ne permettent pas d'indiquer les antidépresseurs en première ligne de traitement (34,35). Le topiramate pourrait améliorer les accès boulimiques et les conduites de purge en association à une psychothérapie.

Enfin, la prise en charge des TCA doit prendre en compte la **dimension sociale** de la maladie. L'accompagnement des patients suite à l'interruption professionnelle ou scolaire du fait des symptômes de la maladie ou d'une hospitalisation longue doit être prise en compte. Les difficultés financières potentiellement engendrées par la maladie sont fréquentes : arrêts de travail à répétition, impossibilité à travailler, dépenses excessives pour les crises de boulimie, etc. Les objectifs sociaux sont donc nombreux et touchent à divers domaines, de la reprise de contact avec les proches aux accompagnements dans les démarches administratives par les assistantes sociales (prise en charge à 100 %, aides au logement...), en passant par l'aide pour la scolarité et le maintien ou la reprise d'une insertion professionnelle (école à l'hôpital, Soins-études, contacts avec la médecine du travail...).

I.3 UNE INFORMATION LOYALE, CLAIRE, APPROPRIÉE...

Depuis toujours, les questions autour de l'information suscitent de nombreux débats éthiques : peut-on, doit-on « tout » dire, à quel moment, à qui ? L'information est une préoccupation centrale dans la pratique médicale et il nous semble important de s'y attarder puisque c'est l'objectif principal de ce travail comme nous le verrons dans la deuxième partie.

Le **devoir** d'information est inscrit dans la loi de manière implicite depuis 1995 : les patients doivent pouvoir donner un consentement éclairé, cela ne peut donc se faire sans information préalable. L'article 35 du code de Déontologie signifie clairement ce devoir (Annexe 13).

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé consacre le **droit** du patient à l'information (chapitre 1^{er} : « Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté »). L'article L.1111-2 du Code de la Santé publique est en annexe (Annexe 14) (36).

Des articles consacrés à l'explication des textes de loi ont été publiés par le Conseil national de l'Ordre des Médecins (37) et apportent des compléments pertinents :

« **Claire**, l'information donnée au patient doit lui être **intelligible**. Elle doit être simplifiée par rapport à un exposé spécialisé, **évitant un langage trop technique et des détails superflus**. Le praticien a souvent un **rôle pédagogique** (docteur vient du verbe latin *docere* qui signifie enseigner, instruire) qui suppose simplification, répétition, échange. Il peut être difficile de faire comprendre une situation complexe, il peut falloir la **simplifier sans travestir la réalité**, il faut s'assurer que le patient saisit ce qu'on lui explique, lui **laisser poser des questions complémentaires**, lui proposer de reformuler ce qu'il a compris.

Appropriée (aux circonstances), cette information doit l'être suivant plusieurs facteurs :

- **selon la maladie et son pronostic** (un médecin n'informe pas dans les mêmes conditions pour une angine banale ou pour un cancer bronchique généralisé) ;
- [...] d'autres traitements moins importants peuvent entraîner des **désagréments très mal ressentis par certains patients selon leur activité** (endormissement au volant par exemple) ; quantité d'informations « mineures » sont quasi nécessaires pour la bonne marche du traitement, pour favoriser son observance, réduire sa toxicité, **éviter des inquiétudes injustifiées** [...]
- selon le moment de l'évolution d'une maladie qui se prolonge : il y a des moments critiques, préoccupants, d'autres de rémission, de détente ; ces changements supposent

une **adaptation du patient, du médecin et de leur relation**, en évitant des positions de principes figées qui se trouveraient à certains moments inadaptées, en porte-à-faux ;

- **selon le patient, enfin et surtout**. Des troubles mentaux liés à la maladie ou à l'âge ne doivent pas a priori constituer une raison de se taire. Pour chaque personne au contraire il faut parler et expliquer, **en exploitant toutes les possibilités de compréhension du patient [...]**.

Loyale est le mot-clé cité d'ailleurs en premier dans cet article 35. On ne ment pas à quelqu'un qui doit être respecté. **Cette loyauté ne signifie pas une franchise brutale, crue, sans cœur[...].** »

Palazzolo a coordonné un ouvrage consacré à l'information en psychiatrie (38). Il s'interroge sur la légitimité de l'information. Il souligne que l'information doit en principe être délivrée à tout le monde et propose comme réserve : « à tous ceux qui sont demandeurs, à la condition que cela ne soit **pas nuisible à leur engagement dans les soins** ».

Dans le cadre spécifique des TCA, une charte intitulée « Worldwide Charter for ACTION on eating disorders » est soutenue par l'Academy of EATING Disorders. Elle a été élaborée grâce à une enquête menée auprès de patients, familles et soignants entre février et mai 2006. Les objectifs de cette charte sont de soutenir les usagers dans leur recherche de soins appropriés et non anti-thérapeutique et d'appuyer les demandes auprès des autorités de santé. Elle résume les « Droits et attentes des personnes atteintes de TCA et de leurs familles ». L'accent est porté sur l'information du patient et la **considération de la famille comme partenaire** (Annexe 15).

La HAS, comme on l'a vu dans ses recommandations sur l'AM, attire l'attention sur la nécessité d'améliorer l'information au patient lors de la prise en charge initiale pour une prise en charge plus précoce (19). L'enjeu est de **favoriser la motivation au changement et l'engagement dans les soins**.

Dès le début de la prise en charge, il est recommandé de **nommer la maladie « avec tact et sans stigmatisation et de souligner qu'elle est un mode d'adaptation comportementale à un mal-être pré-existant** ». Le médecin doit **exposer les risques de la maladie**, notamment de chronicisation et **la nécessité de soins psychiques et somatiques**.

Cette démarche d'information est effectuée par les soignants sous formes d'entretiens, de consultations, individuelles ou de groupe. C'est le préalable à toutes les approches prenant en

charge les patients. Les réseaux de soins (nationaux et régionaux) et les associations contribuent à la diffusion d'informations, de plaquettes (comme celles de la HAS). Le réseau TCA-Francilien a également mis en place un numéro-vert pour les patients et les familles (Anorexie-Boulimie-Info-Ecoute).

I.4 EDUCATION THERAPEUTIQUE, PSYCHOÉDUCATION

Nous allons tenter de définir dans cette partie l'éducation thérapeutique et la psychoéducation, dont les termes et les objectifs sont proches. En effet, il est important de préciser les limites des définitions de la psychoéducation, car ce terme peut parfois être utilisé de manière trop systématique dès qu'une information sur la maladie ou le traitement est transmise (39).

I.4.1 L'éducation thérapeutique : définition

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit trois types d'activité sous le terme générique d'éducation du patient :

- **l'éducation pour la santé du patient** : elle concerne la maladie, les comportements de santé et de mode de vie, dans une logique de « culture sanitaire ».
- **l'éducation du patient à sa maladie** : elle concerne les comportements de santé et de maladie relatifs au traitement, à la prévention des complications et des rechutes et autres comportements liés à l'existence d'une maladie, notamment l'impact de celle-ci que des aspects non médicaux de la vie.
- **l'éducation thérapeutique.**

L'éducation thérapeutique (ETP) est très encadrée et touche à la partie de l'éducation directement liée au **traitement** (curatif ou préventif, médicamenteux ou non). Depuis les années 1920-1930 où elle est apparue dans le cadre de la prise en charge des cancers et du diabète de type I, l'ETP a considérablement évolué. Elle apporte comme élément nouveau de tenter d'appréhender la vie du malade dans son ensemble (en dehors du contexte hospitalier). Puis, l'ETP est utilisée pour les maladies chroniques graves de l'enfant et de l'adolescent (asthme, épilepsie...). Cette étape a fait évoluer dans les années 1970 les concepts du modèle éducatif, en laissant une plus grande part à l'autonomie. Enfin, l'ETP s'est développée considérablement dans les années 1990 avec la prise en charge du SIDA qui devient

chronique grâce aux antirétroviraux. Le **modèle devient binomial soignant-soigné** (plus que hiérarchique enseignant/enseigné) afin d'améliorer l'alliance thérapeutique. Le **système familial est alors pris en compte**, ainsi que l'implication de la famille dans les soins (33).

L'émission des recommandations de l'OMS-Europe en 1996 (41) sur l'éducation thérapeutique du patient en précise les fonctions : « Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les **compétences** dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une **maladie chronique**. Elle fait partie intégrante de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients **conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie**. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à **comprendre** leur maladie et leur traitement, à **collaborer** ensemble et à **assumer leurs responsabilités** dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur **qualité de vie** ».

En France, la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé Territoires) intègre l'éducation thérapeutique du patient dans le code de Santé publique depuis 2009 (36). La HAS a publié avec l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) en 2007 des recommandations de bonne pratique clinique qui structurent et protocolisent les programmes d'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies chroniques (42–44). Elles décrivent l'éducation thérapeutique comme la proposition d'une **démarche pédagogique structurée** afin d'aider les patients à acquérir les compétences dont ils ont besoin pour suivre les traitements qui leur sont prescrits. Une **planification en quatre étapes** doit apporter un cadre cohérent à l'action des soignants : diagnostic éducatif, programme personnalisé avec des priorités d'apprentissage, séances individuelles ou collectives, évaluation des compétences acquises.

Pancrazi définit la place actuelle du psychiatre ou du psychologue, quand il peut faire partie des programmes d'ETP (45). Selon elle, il est essentiel et double. D'une part, il accueille l'expression du patient, de sa souffrance, de ses représentations, lui offre un étayage relationnel servant d'assise à l'expression de son vécu et de ses difficultés. Il offre une contenance rassurante. Il oriente les patients que la maladie isole vers une ouverture, un élargissement perceptif et une prise de conscience de leur place de sujet pour favoriser la mise à l'œuvre d'un travail d'élaboration psychique, et permettre une dynamique psychique davantage porteuse d'actions et de perspectives. D'autre part, le rôle du psychologue ou du psychiatre est de **participer au travail d'équipe par sa capacité à soutenir et à prendre en compte la parole de chacun, à « prendre soin » de l'équipe dans son ensemble**.

L'application de l'ETP a prouvé son **efficacité** dans de nombreuses pathologies : amélioration de la fréquence et de l'intensité des épisodes et amélioration de la qualité de vie du sujet et de sa famille. Désormais, l'ETP est une démarche s'appliquant à toutes les maladies chroniques et participant au renforcement des passerelles entre psychiatrie et médecine somatique. Elle s'adresse certes davantage à des pathologies somatiques qu'à des troubles mentaux. Ceci justifie d'autant plus son utilisation dans les TCA, du fait de leurs interfaces psychosomatiques.

I.4.2 La psychoéducation, définition

Historique

Le terme de psychoéducation naît initialement dans les années 1970, synonyme d'éducation thérapeutique : on le retrouve dans la littérature scientifique concernant la préoccupation de surmonter les difficultés d'apprentissage des enfants souffrants de problème. Le terme de psychoéducation en psychiatrie apparaît dans la fin des années 1970. Il s'agissait notamment de procédures pour améliorer les **habiletés sociales**, développées par Liberman (46).

Il est utilisé dans son sens actuel depuis 1980 par Anderson, Hogarty et Reiss, d'abord dans la schizophrénie (47) avec la notion de transmettre un savoir **aux patients et à leurs familles**. L'objectif était de mieux contrôler les situations de stress par les membres de la famille grâce à une meilleure communication et d'élaborer des stratégies visant à résoudre les problèmes de vie.

L'indication de la psychoéducation s'est étendue dans les années 1990 à d'autres troubles psychiatriques dont les troubles de l'humeur, les TCA, l'agoraphobie, le trouble panique et les conduites addictives.

Depuis les années 2000, la psychoéducation est influencée par le modèle de rétablissement « recovery model » qui envisage la guérison comme un processus de cicatrisation « healing process ». Elle variera donc selon l'évolution de la maladie et aura un intérêt majeur dès la phase de préparation aux soins : l'efficacité sur les symptômes ne sera pas directement ciblée mais davantage la motivation du patient, la possibilité d'initier une dynamique de changement.

La psychoéducation comporte quatre dimensions et ainsi, elle englobe et dépasse l'ETP dans sa définition la plus stricte d'acquisition de compétences en auto-soins et d'adaptation. (45,48,49):

- une dimension **pédagogique** d'éducation et d'information nuancées sur la nature de la maladie, la symptomatologie, l'évolution naturelle, les traitements, la prévention des rechutes et ses conséquences pour le patient et les membres de sa famille. Il s'agit de partager avec pédagogie, de façon claire, structurée et objective ces connaissances et en discuter. Au-delà de la connaissance théorique, il s'agit de favoriser une prise de conscience de la maladie (*insight*). La formation s'appuie sur la part saine des individus. Une expression floue, des concepts imprécis ne peuvent qu'augmenter le potentiel considérable de confusion et d'obstacles pour les patients.
- une dimension **psychologique** : soutien émotionnel pour les patients et les proches, exploration des émotions générées par les troubles, reconstruction de l'identité (amener le patient à accepter son traitement et sa prise en charge, lui donner l'espoir d'une amélioration)
- une dimension **comportementale** : enseigner les façons de gérer la maladie, apprendre à avoir recours à des stratégies de modifications du comportement en mettant l'accent sur la régularité des rythmes sociaux (veille-sommeil, travail, repas...). Il s'agit de modifier les croyances et de diminuer les stéréotypes sur les troubles afin de diminuer la stigmatisation et l'auto-stigmatisation qui en découle.
- une dimension **sociale**, notamment pour la psychoéducation en groupe ou pour les proches : sortir de la solitude et de la honte, développer le soutien émotionnel par les pairs et la recherche de soutien social dans la communauté.

Les réflexions autour de la manière de transmettre et d'éduquer le patient que l'on retrouve dans la revue de la littérature sur l'ETP présentent un intérêt pour la psychoéducation quant à la pédagogie et la dimension sociale.

Gerbaud repère des aspects qui devraient, selon-lui, structurer l'ETP(40):

- prendre en considération la **discordance des temps** : différentes temporalités se confrontent (la maladie, les soins, la famille, les relations sociales, l'éducation, le vécu du patient et ses projections dans un futur proche)
- éviter les **ruptures de cohérences** : par exemple, un distributeur de sodas dans la salle d'attente,
- éviter les contre-attitudes pédagogiques qui pourraient fragiliser l'estime de soi : la **banalisation** (« tout le monde arrive à le faire », la **dramatisation** (« si vous ne faites pas cela, il va vous arriver cela de – très – grave »), l'explication technique et scientifique, si elle **renvoie le patient à un statut d'ignorant**

- éviter les contre-attitudes médicales : **routinisation** des rapports soignants-soignés (qui néglige les aspects propres à chaque patient), **l'objectivation** (résumer la maladie à un modèle biologique et organiste qui serait à coup sûr guéri par une observance absolue), ne pas mettre un patient devant des **injonctions** qu'il ne peut pas tenir dans l'ETP (40).

Pancrazi expose également les rôles et compétences en soin ou en accompagnement psychosocial des différents professionnels intervenants en ETP (45):

- construire une relation, une alliance thérapeutique,
- pratiquer une écoute attentive,
- **favoriser l'émergence d'une demande de la part du patient et de l'entourage,**
- repérer et respecter la temporalité du patient,
- chercher les complémentarités en équipe,
- rester ouvert,
- **gérer ses propres émotions,**
- recourir à plusieurs outils (ETP, approches psychosociales, autres...)
- assurer une continuité dans l'accompagnement,
- garder une **position d'humilité**, c'est-à-dire, ne pas trop faire et faire trop vite.

La psychoéducation fait partie des thérapies psychosociales avec la thérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux, la TCC et les interventions familiales. Il existe plusieurs approches psychoéducatives, même si les modalités de travail sont souvent comparables et nettement influencées par les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) depuis les années 1970 (dans les programmes de réhabilitation du psychotique chronique). Pancrazi propose un tableau comparatif de l'ETP, la TCC et la psychoéducation (Annexe 16) (45).

Les modalités de mise en place de la psychoéducation sont multiples. Elle peut être proposée dès le **début du trouble** psychiatrique présenté et s'adresse en théorie à l'ensemble des **patients et aux proches** du patient dans sa vie quotidienne (parents, conjoints).

Dans tous les cas, au moins un soignant est présent (on peut trouver parfois le terme de psychoéducation employé un peu abusivement dans des groupes d'entraide ne faisant pas intervenir de soignant).

Dans certains cas bien sûr, elle sera peu accessible au patient : trouble grave de la personnalité, de manière générale en phase aiguë ou en cas de déficit cognitif prononcé (dans l'AM, par exemple, en cas de dénutrition extrême du patient, mais elle pourra alors être utile à

l'entourage).

Les programmes psychoéducatifs sont destinés à des patients seuls, à des familles sans les patients ou bien à des groupes associant patients et familles.

Le nombre de séances, la sélection des patients, la participation ou non de l'entourage apportent des spécificités à chaque approche (39). L'approche peut être **individuelle** mais l'approche **groupe** est généralement privilégiée. Les bases du travail en groupe sont les échanges, l'interactivité (par exemple le partage d'expériences) : il ne s'agit pas de délivrer un savoir académique, mais de permettre l'appropriation par chacun, et par l'exemple, de ce que recouvre la maladie et des moyens pour la contrôler. Comme le souligne Ledoux, lorsque le rapport au monde, aux autres et à soi-même n'est pas trop altéré, des **mécanismes d'identification** sont susceptibles de s'instaurer progressivement entre les patients présentant des troubles communs. Ces mécanismes d'identification peuvent constituer une voie d'accès vers une meilleure reconnaissance de ce qui restait marqué par le déni (50). Le nombre de séances varie selon la phase de la maladie présentée par les patients : l'efficacité semble bonne pour un nombre court (6 à 8) au début de la maladie. Lorsque la maladie est chronicisée, un nombre de séances plus important (s'étendant sur 3 à 6 mois) est de mise.

Les outils utilisés sont variés et souvent un même programme en associe plusieurs dans le but d'être interactif : intervention orale de soignants, diaporama, témoignages et interview de spécialiste se déplaçant dans le groupe ou filmés et retransmis, vidéo avec des reconstitutions de prise en charge, réalité virtuelle (51), jeux de rôle, remise de brochures, etc.

Dans les modalités de déroulement, l'impact de l'environnement où se déroule les séances de psychoéducation est aussi mis en avant. L'atmosphère doit être chaleureuse et bienveillante, et les détails matériels ont leur importance (confort de l'assise, lumière, etc.), d'autant plus que l'ambivalence au changement est marquée (comme dans les TCA) (52).

La psychoéducation intervient dans le cadre de la prévention secondaire et tertiaire.

La prévention selon l'OMS, est « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre ou la gravité des maladies ou accidents ». On distingue la prévention en fonction du moment où elle se situe par rapport à la survenue de la maladie.

Au tout début de la maladie, on parle de « **prévention secondaire** ». Son but est de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque. Dans cette

optique, le dépistage – dans la mesure où il permet de détecter une atteinte ou la présence de facteur de risque – trouve toute sa place au cœur de la prévention secondaire. A côté du **dépistage, le diagnostic et le traitement prodigué en vue d'éviter la progression de la maladie** sont des composants tout aussi essentiels de la prévention secondaire. On peut considérer que la psychoéducation intervient dans le dépistage et le diagnostic lorsqu'elle est utilisée comme outil de formation par les soignants non spécialisés qui améliorent donc leurs connaissances. Elle intervient bien entendu dans le traitement.

Une fois la maladie installée, il s'agit de « **prévention tertiaire** ». Elle intervient à un stade où il importe de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population » et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. En d'autres termes, il s'agit d'amoinrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement. Par ailleurs, la prévention tertiaire vise la réadaptation du malade, sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique. La psychoéducation telle que nous l'avons définie remplit bien ces fonctions.

I.5 L'OUTIL AUDIO-VISUEL DANS LA PSYCHOEDUCATION DES TCA

La majorité des revues de la littérature évaluant la psychoéducation concerne la **schizophrénie** et les **troubles bipolaires**, historiquement, mais aussi parce que la prévalence de la population concernée est beaucoup plus importante, permettant des études de meilleure fiabilité. Les comités d'experts sur les traitements psychologiques de la schizophrénie recommandent la psychoéducation comme un traitement basé sur des preuves scientifiques (53). Dans le domaine des troubles bipolaires, l'efficacité est également bien établie (54).

Les études, quelle que soit la pathologie, s'intéressent à l'impact de la **psychoéducation familiale** plutôt qu'à la psychoéducation centrée sur le patient.

Dans le domaine des TCA, peu d'études concernent les outils audio-visuels.

A destination de l'entourage :

Les études actuelles laissent à penser que l'efficacité de la psychoéducation dans le domaine des TCA est vérifiée en ce qui concerne les interventions pour les proches. La méta-analyse récente de Hibbs va en ce sens (55). Elle recense 13 études de 2001 à 2013 dont 9

programmes anglo-saxons, 1 américain, 2 australiens, 1 japonais. Le nombre de sessions varie de 1 à 15 et la durée d'une session de 20 à 120 minutes. Malgré cette grande diversité, toutes les études montrent une amélioration de la détresse, de l'anxiété liée au sentiment de porter un fardeau et des émotions exprimées. Cette amélioration se maintient dans le temps. Piat souligne l'intensité particulière de l'implication des familles de patients souffrant de TCA. Ce ne sont pas de simples participants aux programmes familiaux dans l'intérêt de leur enfant, mais ce sont aussi des individus présentant des vulnérabilités psychiques non négligeables et bénéficiant eux-mêmes de la nature thérapeutique des interventions. Le déroulement en face-à-face avec un soignant et d'autres familles semble donc à privilégier à l'« auto-soin » (56).

A destination du patient :

L'étude de Goddard confirme l'efficacité du programme de psychoéducation pour l'AM de leur équipe (« the Maudsley Collaborative Care skills training workshops ») (57).

Une étude s'intéresse plus spécifiquement à l'effet de la psychoéducation sur la connaissance des symptômes somatiques des TCA : Vandeycken étudie l'amélioration de la connaissance des symptômes somatiques des TCA chez 40 patientes en début d'hospitalisation en unité spécialisées par l'intermédiaire de 20 questions posées avant et 1 mois après un programme de psychoéducation sur les symptômes alimentaires. Ces patientes, déjà prises en charge ont assez peu de réponses fausses avant la psychoéducation, mais le nombre de « je ne sais pas » (environ 20 % des patientes pour 11 questions) diminue considérablement après avoir participé au programme (15 à 17 % des patientes pour 3 questions) (58).

Une étude qualitative évalue le « healing process » d'un programme norvégien de psychoéducation pour les TCA chez 13 patientes (52). Toutes sont satisfaites du programme et relèvent une amélioration globale dans la motivation à s'engager dans les soins avec une amélioration de la connaissance de soi, de la capacité à gérer ses émotions, à mettre des limites, à prendre soin de soi, et en constatant une amélioration de leur symptomatologie attribuée à leurs propres efforts.

D'autres études dont celle de Balestrieri confirme l'efficacité de la psychoéducation dans le BED et les EDNOS (59).

L'outil audio-visuel dans la psychoéducation des TCA :

En ce qui concerne l'utilisation de vidéo comme outil de psychoéducation dans les TCA, seuls trois programmes ont été publiés dans des revues scientifiques.

Leichner a réalisé une vidéo psycho-éducative associée à un manuel reprenant son contenu , à destinée des professionnels de santé et des familles et amis de patients souffrant de TCA (60). Elle s'intitule « un soutien aux repas efficace ».

La première partie, « de l'entourage vers le jeune TCA » donne deux messages principaux :

- pratiquer une écoute active : prendre le temps d'écouter, ne pas croire avoir compris d'emblée, clarifier si nécessaire par des questions, ne pas se sentir obligé de protéger le jeune des émotions difficiles.
- Dans un esprit de collaboration : impliquer le jeune dans la recherche de solutions, considérer de multiples options, adopter une solution souple dans les essais, toujours se souvenir d'être patient.

Le deuxième scénario concerne les repas avec les amis ou en famille et est structuré en deux parties :

- « ce qui ne marche pas » : parler de régime, soudoyer ou menacer, culpabiliser, forcer.
- « ce qui marche » : patience, sujets distrayants et distractions, mettre des règles.

La troisième partie aborde plus spécifiquement la relation parents-enfants, selon le même modèle :

- « ce qui ne marche pas » : soudoyer ou forcer, parler d'alimentation ou de régimes.
- « ce qui marche » : structurer, mettre des règles, servir de bon exemple, patience toujours, être présents sans juger.

Dans l'étude consacrée à son évaluation (61), 65 % des 40 évaluations concernent des proches de patient souffrant d'AM, 33 % d'EDNOS et 2 % de BN. L'intervention est jugée facile d'utilisation par les soignants et est bien reçue par les parents. Ceux-ci ont trouvé le plus intéressant la présentation de l'expérience de l'enfant et de ses sentiments face à la nourriture.

Macdonald a réalisé une étude qualitative destinée aux patients et aux aidants, basée sur l'utilisation de cinq DVD et un livre, associé à un coaching téléphonique (62). Sur un échantillon de 19 recueils, l'étude confirme l'amélioration des compétences d'aide des apparentés et la diminution de leur détresse psychologique et de leur anxiété.

Une dernière étude de Rhind, multicentrique randomisée avec bras contrôle, utilisant livre et DVD (programme Experienced Carers Helping Others), confirme l'intérêt de la psychoéducation chez les adolescents anorexiques et leurs apparentés. Elle peut être utilisée seule, guidée ou non par un soignant (63).

II RÉALISATION DE LA VIDÉO DE PSYCHOÉDUCATION SUR LES TCA ET LEUR PARCOURS DE SOINS

II.1 NAISSANCE DU PROJET

Les patients, les familles et les professionnels de santé non spécialisés manquent d'information et d'outils de communication sur le parcours de soins et le déroulement des prises en charge spécialisée dans les TCA.

Le projet tient son origine de l'identification du besoin dans le cadre du groupe de travail « Famille, usagers, formation et prévention » du réseau TCA-Francilien en 2011. L'équipe de l'unité spécialisée de TCA de Paul Brousse a proposé d'y apporter une contribution ¹.

Il s'agissait de réaliser une vidéo psychoéducative sur les TCA et leur parcours de soin en unité spécialisée avec la collaboration d'autres équipes spécialisées. Le projet a été proposé aux différentes structures institutionnelles impliquées dans le réseau TCA Francilien. Trois autres structures ont accepté : la CMME du Centre Hospitalier Sainte Anne (Paris 14), la Maison de Solenn (Paris 14), l'association ENDAT (Paris 15). Les structures hospitalières qui se sont engagées comportent des unités spécialisées de TCA où est proposée une prise en charge complète des TCA avec consultations, hôpital de jour et hospitalisation à temps plein. Le fonctionnement de ces unités et de l'association répond aux consensus actuels, en réseau avec les autres services spécialisés et avec une approche thérapeutique pluridisciplinaire. Le tournage sur un seul site permettait une unité de lieu simplifiant la réalisation, notamment d'un point de vue financier (nombre de journées de tournage). Le projet a pu évoluer pour

1. Le Réseau-TCA-Francilien est une association loi relevant de la loi de 1901 (statuts, J.O. du 10 avril 2008 ; président : Pr. J.-C. Melchior, vice-président : Dr. N. Godart).

Il réunit une centaine d'adhérents, tous professionnels en lien avec la prise en charge de patients souffrant de troubles des conduites alimentaires (TCA). Les objectifs de ce réseau sont de :

- 1) coordonner les structures de soins et de prise en charge des patients souffrant de TCA, et en particulier, favoriser l'articulation entre la prise en charge pédiatrique et celle de l'adulte (dans tous les aspects : somatique, psychiatrique et psycho-social),
- 2) apporter une aide aux patients, à leurs familles, aux médecins et à l'ensemble des professionnels travaillant dans le domaine des TCA (par l'usage notamment de la ligne d'écoute téléphonique : « Anorexie-boulimie-Info-Ecoute », 0810 037037),
- 3) promouvoir les travaux de recherche dans les domaines de l'épidémiologie, des étiopathogénies, du diagnostic, du traitement et de la prévention des TCA,
- 4) favoriser la communication en Ile-de-France et au-delà, des actions de l'association au bénéfice des patients, de leurs familles et des équipes soignantes (notamment par des journées d'échanges et de formation régulières).

filmer plusieurs structures de soins en Île-de-France.

Cette vidéo de psychoéducation est destinée aux patients et aux familles. Elle est destinée à être diffusée au niveau régional et national par l'intermédiaire du réseau TCA-Francilien et AFDAS-TCA. Elle sera en effet à disposition des professionnels de santé intéressés.

Tableau 4. Récapitulatif du projet initial:

OBJECTIF PRINCIPAL :	PSYCHOÉDUCATION	FORMATION DES SOIGNANTS COMPRÉHENSION DU PROCESSUS DE SOIN	
	Donner une information loyale, claire et appropriée Améliorer la motivation aux soins Prévention secondaire et tertiaire		
PUBLIC CIBLE :	- patients adultes souffrant d'un TCA, à n'importe quel stade de la maladie - famille, entourage proche	Soignants prenant en charge des patients souffrant de TCA	
MODALITÉS :	- visualisation accompagnée par un soignant, seul ou en groupe - accompagné d'un livret de synthèse - suivi d'un contrôle des informations transmises	- dans le cadre d'une formation, intégré à une présentation - recommandations de la HAS sur l'AM - suivi d'un contrôle des informations transmises	
CONTENU :	Pour les patients et leur famille :	Pour les soignants :	
	1/ principaux symptômes	Prendre conscience de la maladie	- Connaissances de base sur les TCA - diffusion des recommandations HAS sur l'anorexie mentale
	2/ parcours de soins	Lever l'ambivalence aux soins Soutien du patient par les proches	- Se familiariser avec les différentes prises en charge - Favoriser une prise en charge adaptée selon l'état du patient, multidisciplinaire et coordonnée - diffusion des recommandations HAS sur l'anorexie mentale
	3/ évolution de la maladie	Acceptation de la durée des soins Reconnaître les signes de rechutes	- Prévention tertiaire : dépistage des signes de rechute et prise en charge - diffusion des recommandations HAS sur l'anorexie mentale
OUTIL :	Audio-visuel, à définir : voix off avec diaporama comprenant les mots clefs ou des schémas entretien filmé avec des soignants film illustrant les propos d'une voix off dialogue soignant et acteur-patient		

II.2 OBJECTIF

Il s'agit de la réalisation d'un outil audiovisuel de prévention secondaire et tertiaire, à visée psychoéducative.

L'objectif principal est d'informer les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire, les familles et les professionnels de santé non spécialisés sur la symptomatologie de leur maladie et sa prise en charge en France.

Les objectifs secondaires sont :

- améliorer la motivation aux soins des patients (participer à lever le déni des symptômes, informer sur les objectifs des soins) et améliorer l'alliance thérapeutique (améliorer la connaissance des patients et des soignants)
- informer la famille et l'entourage proche des patients afin d'aider à lever leurs propres résistances à la prise en charge du patient, de les soutenir dans leur rôle d'accompagnant
- la formation des professionnels de santé amenés à être acteurs dans la prise en charge de ces patients (psychiatres, psychologues, médecins généralistes, des endocrinologues, des gynécologues, des médecins et infirmiers scolaires et du travail, des médecins du sport, des diététiciens, infirmiers, aides soignants, des IFSI, etc.)
 - afin de faciliter le repérage de la maladie et du parcours de soins
 - d'améliorer la communication des informations aux patients et aux familles
 - favoriser une meilleure utilisation des réseaux de soins spécialisés dans la prise en charge des TCA et favoriser leur développement
- enrichir le dialogue dans les groupes de parole avec les patients et les familles, et au sein même des familles
- présenter le parcours de soin chez l'adulte pour aider les patients nécessitant un relais de prise en charge de la pédiatrie vers les soins adultes.

II.3 MÉTHODE

II.3.1 Rédaction des scénarios

II.3.1.1 Résumés des trois parties de la vidéo

Le projet devait initialement se présenter en trois parties : présentation de la maladie,

présentation des soins et évolution de la maladie.

Le contenu global prévu n'a pas été modifié mais l'ordre de présentation des sous-parties a été remanié pour la cohérence des scénarios. Nous tenions à préciser cet élément pour expliquer la différence entre le projet tel que décrit initialement dans les demandes de subvention et le projet final.

Résumés des trois parties :

- première partie : présentation de la maladie. Cette partie expose de façon didactique les différents aspects de la maladie avec les symptômes les plus fréquents et leur retentissement sur la vie quotidienne du patient et de son entourage.

- seconde partie : présentation de la prise en charge en fonction de l'évolution de la maladie. Cette partie décrit la prise en charge initiale (par l'intermédiaire de la reconstitution d'un premier rendez-vous chez le médecin traitant puis chez un psychiatre), l'articulation des niveaux de soins (consultations, hospitalisation de jour, hospitalisation à temps plein) en fonction de l'évolution des TCA : leur installation au début de la maladie et leur évolution lorsque des soins adaptés sont mis en place. La nécessité d'une certaine durée de soins est expliquée ainsi que les notions de guérison et de rémission. Nous insistons également sur l'importance du repérage des rechutes et de leur prise en charge.

- troisième partie : objectifs des soins et leur mise en œuvre. Cette dernière partie présente les quatre objectifs de la prise en charge : nutritionnel, somatique, psychologique et social. La reconstitution de la prise en charge débutée dans la partie précédente se poursuit ce qui permet de détailler et d'illustrer les différentes interventions permettant de mettre en œuvre ces objectifs, et de recueillir le témoignage de professionnels.

II.3.1.2 Lignes directrices de la rédaction des scénarios

Un groupe de travail pluridisciplinaire composé des soignants de l'hôpital de jour (HDJ) de l'hôpital Paul Brousse (médecins, psychologues, infirmières, aide-soignantes, ergothérapeute, psychomotricienne) s'est réuni. La rédaction du projet a reposé sur une recherche de traduction pédagogique de la maladie guidée par la pratique clinique et s'appuyant sur les recommandations existantes, notamment celles de la HAS, de l'APA et du NICE.

Une ébauche de diaporama avec voix off et schémas ont été réalisés. Cela a permis de discuter de la direction pédagogique souhaitée et de l'intérêt d'améliorer la qualité de l'outil par le tournage d'un film de type documentaire avec des échanges soignants-soignés (acteurs) et des interviews de professionnels de santé.

Il a été décidé de ne pas filmer de patients pour des raisons éthiques de respect de confidentialité. Les TCA sont traités comme une émission en trois épisodes avec une journaliste de terrain découvrant les TCA et leur prise en charge. Il s'agit donc d'une reconstitution. Les parties 2 et 3 ont pour fil directeur l'initiation d'une prise en charge spécialisée : la journaliste suit les différentes étapes, comme un patient le ferait. Elle interviewe des soignants et des acteurs jouant le rôle de médecins.

L'intérêt visuel d'inserts graphiques a également été confirmé (schémas, mots clefs).

Une durée courte d'environ 10 minutes par film a été fixée, tout en sachant que l'évaluation du temps de tournage ne pourrait être fixée qu'au moment du découpage par le réalisateur. Nous avons fixé cette durée courte pour favoriser la simplicité d'utilisation : visualisation des trois films à la suite ou bien séparément. Cela permet de garder du temps pour un échange sur le contenu visualisé et de maintenir une meilleure qualité d'attention. Une durée courte est aussi intéressante d'un point de vue technique car cela permet une diffusion simple de fichiers audiovisuels de taille compatible avec un téléchargement rapide.

Nous nous sommes adressés directement aux patients en utilisant la deuxième personne afin de permettre au patient de se sentir concerné plus directement et de faciliter les processus identificatoires. De même nous avons utilisé le masculin générique pour inclure les deux sexes malgré la forte prévalence féminine.

Il est décidé de limiter les détails qui pourront être abordés dans le cadre de discussions.

En septembre 2013, la maquette de la première partie a été réalisée. Certains défauts techniques apparaissent mais l'ensemble confirme l'intérêt des messages délivrés.

Il est décidé de ne pas mettre de termes psychopathologiques médicaux, sauf dans de rares cas qui sont alors expliqués et mis en valeur par le graphiste (par exemple : déni, ambivalence, alliance thérapeutique, médecin référent, coordinateur...).

Certains aspects particulièrement sensibles et aversifs de la pathologie et/ou des soins ne sont pas directement abordés ni mis en image (vomis, pesée, pèse-personne, fermeture des WC, nutrition entérale...).

II.3.1.3 Contenu de la vidéo

Le texte du contenu de la vidéo ayant servi de base à la rédaction des scénarios est en annexe (Annexe 17).

II.3.1.4 Scénarios

Les scénarios des 3 parties de la vidéo sont en annexe (Annexes 18 à 20).

II.3.2 Moyens humains et matériels

II.3.2.1 Demandes de subvention et formation de l'équipe de réalisation

Plusieurs devis ont été demandés (à titre d'exemple Annexes 26 à 28).

Des demandes de subvention ont été réalisées. La première a été celle de la Fondation de France en mai 2011 (Annexe 21).

Un an plus tard, la rencontre avec Solène Delannoy, ancienne stagiaire diététicienne à ENDAT et comédienne ayant réalisé un film de prévention sur l'estime de soi, a permis de poursuivre le travail. Bénévolement, elle s'est engagée dans le projet jusqu'à son tournage. Son expérience du théâtre nous a permis d'écrire les scénarios, et de réaliser une maquette de la première partie en août 2013, avec deux étudiants bénévoles d'une école de cinéma.

En s'associant à ENDAT, nous avons poursuivi les demandes de financement dont celle à la Fondation Nestlé (Annexe 22). Cela nous a permis de définir une première demande type (Annexe 23).

L'opportunité de s'associer à un projet de film sur Isabel Caro s'est présentée par l'intermédiaire d'ENDAT, l'intérêt étant que celui-ci était déjà en partie financé (Annexes 24 et 25) ce qui facilite les demandes de financement. De nombreuses fondations et associations ont été sollicitées : Comité national Coordination Action Handicap (CCAH), Fondation MGEN, Fondation Castelotti, Fondation l'Oréal, etc.

En septembre 2014, Geoffroy des Acres, réalisateur (société MI Prod), s'est à son tour engagé bénévolement dans le projet afin de réaliser la vidéo: découpage, tournage, montage, infographie, son. Un devis estimatif est joint en annexe (Annexe 29).

En novembre 2014, l'association ENDAT a pu obtenir une subvention de 3500€ par le CCAH qui a été destinée à MI Prod.

Deux comédiens se sont bénévolement engagés à leur tour : Rémy Larrose et Mickaël Jacubowicz.

Une fois l'équipe de tournage constituée, il a été possible de contacter différentes structures afin de solliciter leur participation, en fonction des disponibilités de chacun.

II.3.2.2 Protection du projet

Nous avons envoyé une enveloppe Soleau afin de protéger le projet ².

II.3.2.3 Autorisations

Toutes les autorisations nécessaires au tournage ont été obtenues et conservées par l'équipe de production ³.

²« L'enveloppe Soleau vous identifie comme auteur. Le droit d'auteur protège les œuvres littéraires, les créations musicales, graphiques et plastiques, mais aussi les logiciels, les créations de l'art appliqué, les créations de mode, etc. Les artistes-interprètes, les producteurs de vidéogrammes et de phonogrammes ainsi que les entreprises de communication audiovisuelle ont également des droits voisins du droit d'auteur (le droit d'auteur s'acquiert sans formalités, du fait même de la création de l'œuvre. Votre création est donc protégée à partir du jour où vous l'avez réalisée. Cependant, en cas de litige, vous devez être en mesure d'apporter la preuve de la date à laquelle votre œuvre a été créée ». (consultable sur: <http://www.inpi.fr/fr/enveloppes-soleau.html>)

³ Mi Prod : www.mi-prod.fr

III VIDÉO DE PSYCHOÉDUCATION

III.1 PREMIÈRE PARTIE : « LES SYMPTOMES »

Annexe multimédia.

III.2 DEUXIÈME PARTIE : « DECOUVRIR LES SOINS »

Annexe multimédia.

III.3 TROISIÈME PARTIE : « PERSONNALISER SON PARCOURS »

Annexe multimédia.

III.4 UTILISATION PRATIQUE DES VIDÉOS

III.4.1 Pour les patients et leurs familles

Les vidéos seront utilisables au cours d'interventions psychoéducatives dans le cadre de la prévention secondaire et tertiaire. Le support a été conçu pour être utilisé de différentes manières possibles. Les vidéos peuvent être présentées à des patients ou des familles à l'occasion d'une consultation mais également au cours d'une session d'hôpital de jour ou même lors d'une hospitalisation à temps plein. Cela peut se faire, en individuel ou en groupe, en présence de soignants (ce qui permet d'entamer un dialogue).

L'ensemble des vidéos constitue un ensemble couvrant différents aspects de la pathologie et de la prise en charge. Chaque vidéo a été conçue pour être présentée séparément, pour une durée d'intervention de 30 à 60 minutes par vidéo (visionnage et discussion).

Dans la mesure du possible, le support sera présenté en présence de soignants afin de faciliter les interactions avec le patient et/ou sa famille. Dans certains cas, on peut envisager que le support soit mis à disposition, par exemple quand l'éloignement d'un lieu de soin spécialisé est important.

Ceci n'empêche pas d'autoriser une communication par téléphone ou par courriel avec les patients afin de palier cet éloignement. Il est envisagé de rendre accessible ces vidéos aux usagers sur les sites spécialisés des réseaux nationaux et régionaux.

III.4.2 Pour les professionnels de santé

Lorsque le support est utilisé avec des patients, il sert de support aux soignants pour établir des lignes de communication ciblées sur les symptômes et le soin.

Les informations apportées sont simples et schématiques. Elles peuvent également servir de support de formation pour des soignants n'ayant pas de spécialisation dans les TCA. En effet, comme on l'a vu dans la première partie, l'expérience du terrain montre que les soignants sont globalement peu ou pas formés sur les TCA et encore moins sur la manière de communiquer sur ces sujets.

IV DISCUSSION

Nous nous sommes intéressés à la psychoéducation afin d'améliorer la motivation au changement et l'engagement dans les soins des patients souffrant de TCA. L'efficacité de la psychoéducation dans les TCA, et notamment par l'intermédiaire d'outils audio-visuels, est démontrée. Cette approche s'adresse aux patients et à leurs familles, mais les supports développés intéressent également les soignants à titre pédagogique et comme médiation à la communication.

La réalisation d'un outil audio-visuel de psychoéducation nous semble répondre à un besoin identifié dans les réseaux de professionnels et les associations spécialisés dans les TCA. Il vise à diversifier les supports pouvant favoriser la communication sur ce sujet, et le travail sur l'alliance thérapeutique et le soutien des familles. La réalisation de ces vidéos a fait l'objet d'une réflexion sur la façon de présenter une information claire, pédagogique, accessible aux patients et à leur entourage. Le contenu est conforme aux recommandations actuelles de la HAS et aux consensus internationaux sur la prise en charge des principaux TCA. L'utilisation du support et sa diffusion pourront être facilités par les réseaux de professionnels et les associations.

Plusieurs problèmes se sont posés depuis l'initiation du travail sur ce projet en 2011.

L'obtention de financement a été longue, la plupart des dossiers demandant une maquette, elle-même coûteuse, ou un premier apport financier. En l'absence de financement, trouver une équipe qualifiée et disponible pour la réalisation technique des vidéos a retardé le projet, la recherche d'acteurs bénévoles n'a pas été simple. Les scénarios ont été écrits une première fois pour une seule actrice, mettant en scène à la fois une « journaliste omnisciente » et une « personne lambda » se faisant traiter comme une patiente. L'ensemble était peu cohérent, et manquait de fluidité. Les scénarios ont par la suite été remaniés pour améliorer les critères techniques de réalisation et mettre en scène plusieurs acteurs.

La conception des messages délivrés dans les supports vidéo est basée sur l'extraction d'idées clé issues des recommandations de bonne pratique. Leur choix et leur mise en forme repose sur la discussion d'équipes pluridisciplinaires spécialisées dans les TCA, habituées à prendre en charge des patients et des familles. Certains aspects sensibles de la pathologie ou du soin,

susceptibles de saturer la communication sur le plan émotionnel, n'ont pas directement été abordés (diversité des conduites de purge, nutrition artificielle, soins sous contrainte...).

Un petit nombre de centres franciliens accessibles et volontaires ont participé à la conception de cet outil, qui ne se veut pas représentatif de toutes les pratiques. Il n'était pas envisageable de présenter l'étendue des particularités des prises en charge réalisées dans les différentes structures de soins spécialisées. Les approches thérapeutiques les plus répandues ont été montrées alors que d'autres plus spécifiques d'un cadre de soins particulier n'ont pas été présentées (ostéopathie, soins esthétiques, remédiation cognitive, etc.).

Il nous semble que ce support vidéo mériterait d'être complété par un support écrit de psychoéducation pouvant être délivré conjointement. Ceci pourrait permettre d'apporter aux participants un renforcement sur les éléments importants, favoriser une écoute plus attentive sans prise de notes, ajouter des références (fiches de la HAS, coordonnées des réseaux et des lieux de soins, etc.) accessibles par la suite.

Enfin, les vidéos n'ont pas encore été testées en population clinique et dans les environnements des professionnels de la santé et des associations qui sont impliqués dans les soins. Une étude sur l'efficacité de ce support serait souhaitable. Il est par exemple possible d'évaluer l'évolution de la motivation au changement des patients, de mesurer l'amélioration des connaissances et de l'état clinique chez les patients.

CONCLUSION

La psychoéducation est une approche thérapeutique destinée aux patients et à leurs familles. Elle permet d'améliorer l'alliance thérapeutique, en amorçant un travail sur la nature de la maladie, la symptomatologie, l'évolution naturelle, les traitements, la prévention des rechutes et ses conséquences pour le patient et son entourage. Il s'agit de favoriser une prise de conscience de la maladie et de soutenir l'entourage dans son rôle d'aidant naturel. Les outils de psychoéducation sont également destinés aux soignants : d'une part ce sont des outils pouvant servir de support à la communication avec les patients et les familles, et d'autre part, ils peuvent permettre de renforcer les connaissances des professionnels de santé qui ne sont pas spécialistes du domaine abordé. La littérature scientifique internationale confirme l'efficacité de la psychoéducation, en particulier pour l'utilisation de supports audio-visuels dans les TCA.

Le projet de support audiovisuel à visée psychoéducative qui a été réalisé dans le cadre de cette thèse tient son origine de l'identification du besoin dans le cadre du groupe de travail « Famille, usagers, formation et prévention » du réseau TCA-Francilien en 2011. Ce support audio-visuel aborde de façon didactique les différents aspects de la maladie avec les symptômes les plus fréquents et leur retentissement sur la vie quotidienne du patient et de son entourage. Il présente la prise en charge en fonction de l'évolution de la maladie : installation, risque de chronicisation, rémission, rechute, guérison. Il décrit l'initiation des soins (par l'intermédiaire de la reconstitution d'un premier « rendez-vous » chez le médecin traitant puis chez un psychiatre/pédopsychiatre). L'articulation des différents niveaux de soins, qui doivent être envisagés au cas-par-cas, est ensuite abordée (consultations, hospitalisation de jour, hospitalisation à temps plein). Enfin, la dernière partie présente les objectifs de la prise en charge (nutritionnel, somatique, psychologique et social) et détaille les différentes interventions permettant le soin en s'appuyant sur le témoignage de professionnels.

Cet outil doit compléter ceux qui existent déjà, en apportant une présentation plus moderne et conforme aux consensus actuels de prise en charge. Il est destiné à être mis à disposition des réseaux de soins professionnels et associatifs au niveau national. L'impact de ce travail sur les patients, leurs familles et les soignants reste à évaluer.

ANNEXES

Annexe 1. Critères CIM-10 de l'anorexie mentale F50.0

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A.	Poids corporel inférieur à la normale de 15 % (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou index de masse corporelle de Quetelet inférieur ou égal à 17,5). Chez les patients prépubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.
B.	La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques.
C.	Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser.
D.	Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormone de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline.
E.	Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.
Diagnostic différentiel : le trouble peut s'accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que de traits de personnalité faisant évoquer un trouble de la personnalité ; dans ce cas, il est parfois difficile de décider s'il convient de porter un ou plusieurs diagnostics. On doit exclure toutes les maladies somatiques pouvant être à l'origine d'une perte de poids chez le sujet jeune, en particulier une maladie chronique invalidante, une tumeur cérébrale et certaines maladies intestinales comme la maladie de Crohn et les syndromes de malabsorption.	

Annexe 2. Critères CIM-10 de la boulimie F50.2

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A.	Préoccupation persistante concernant l'alimentation, besoin irrésistible de nourriture, et épisodes d'hyperphagie avec consommation rapide de grandes quantités de nourriture en un temps limité.
B.	Le sujet tente de neutraliser la prise de poids liée à la nourriture en recourant à l'un au moins des moyens suivants : des vomissements provoqués, l'utilisation abusive de laxatifs, l'alternance avec des périodes de jeûne, l'utilisation de « coupe-faim », de préparations thyroïdiennes ou de diurétiques. Quand la boulimie survient chez des patients diabétiques, ceux-ci peuvent sciemment négliger leur traitement insulinique.
C.	Des manifestations psychopathologiques, p. ex., une crainte morbide de grossir, amenant le sujet à s'imposer un poids très précis, nettement inférieur au poids prémorbide représentant le poids optimal ou idéal selon le jugement du médecin. Dans les antécédents, on retrouve souvent, mais pas toujours, un épisode d'anorexie mentale, survenu de quelques mois à plusieurs années auparavant ; il peut s'agir d'une anorexie mentale authentique ou d'une forme cryptique mineure avec perte de poids modérée ou phase transitoire d'aménorrhée.

Annexe 3. Critères CIM-10 des troubles alimentaires atypiques

F50.1 Anorexie mentale atypique

Troubles qui comportent certaines caractéristiques de l'anorexie mentale, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. Exemple: l'un des symptômes-clés, telle une aménorrhée ou une peur importante de grossir, peut manquer alors qu'il existe une perte de poids nette et un comportement visant à réduire le poids. On ne doit pas faire ce diagnostic quand un trouble somatique connu pour entraîner une perte de poids est associé.

F50.3 Boulimie atypique

Troubles qui comportent certaines caractéristiques de la boulimie, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. Exemple: accès hyperphagiques récurrents et utilisation excessive de laxatifs sans changement significatif de poids, ou sans préoccupation excessive des formes ou du poids corporels.

F50.4 Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques

Hyperphagie due à des événements stressants, tels que deuil, accident, accouchement, etc.
Hyperphagie psychogène

F50.5 Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques

Vomissements répétés survenant au cours d'un trouble dissociatif (F44.-) et d'une hypocondrie (F45.2), et qui ne sont pas exclusivement imputables à une des affections classées en dehors de ce chapitre. Ce code peut également être utilisé en complément du code O21.- (vomissements incoercibles au cours de la grossesse), quand des facteurs émotionnels sont au premier plan dans la survenue de nausées et de vomissements récurrents au cours de la grossesse.

Vomissements psychogènes

F50.8 Autres troubles de l'alimentation

Perte d'appétit psychogène
Pica de l'adulte

F50.9 Trouble de l'alimentation, sans précision

Annexe 4. Critères DSM-IV-TR de l'anorexie mentale

A.	Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimal normal pour l'âge et pour la taille (par exemple : perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu)
B.	Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros , alors que le poids est inférieur à la normale
C.	Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle
D.	Chez les femmes postpubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple oestrogènes)
type restrictif (restricting type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté des crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements)	
type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (binge-eating/purging type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs	

Annexe 5. Critères DSM-IV-TR de la boulimie.

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A.	Survenue récurrente de crises de boulimie (binge-eating). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes : (1) absorption, en une période de temps limitée (par exemple moins de 2 h), d'une quantité de nourriture supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances (2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)
B.	Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif
C.	Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant 3 mois
D.	L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle
E.	Le trouble ne survient pas exclusivement pendant les épisodes d'anorexie mentale
Type avec vomissements ou prise de purgatifs (purging type) : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements	
Type sans vomissements ni prise de purgatifs (nonpurging type) : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique intensif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.	

Annexe 6.

Critères de l'annexe B du DSM-IV-TR pour l'hyperphagie boulimique (Binge eating disorder)

A.	Survenue récurrente de crises de boulimie. Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes : (1) absorption, en une période de temps limitée (par exemple moins de 2 h), d'une quantité de nourriture supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances (2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)
B.	Les crises de boulimie sont associées à au moins trois des caractéristiques suivantes : (1) manger beaucoup plus rapidement que la normale (2) manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale (3) manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim (4) manger seul car on est gêné de la quantité de nourriture absorbée (5) se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé
C.	Le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée
D.	Le comportement survient en moyenne au moins 2 jours par semaine pendant 6 mois
E.	Le comportement boulimique n'est pas associé au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés (exemples : vomissements, jeûne, exercice excessif) et ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale ou d'une boulimie

Annexe 7. Complications somatiques et psychologiques de la dénutrition.

Tableau 1 tiré de l'article *Trouble du comportement alimentaire chez l'adulte. Léonard et al. (2005). EMC – Psychiatrie,2(2), 96-127 (11)*

Tableau 1 Complications somatiques et psychologiques de la dénutrition.

Cardiovasculaires

hypotension, bradycardie (une tachycardie peut annoncer une décompensation imminente)
altérations de l'ECG (allongement de l'intervalle Q-T à risque d'une arythmie ventriculaire)
atrophie ventriculaire, prolapsus mitral

Digestives

ralentissement de la vidange gastrique, du transit œsophagien
constipation
hépatite (élévation des transaminases)

hypercholestérolémie

Hématologiques

leucopénie, thrombopénie (hypoplasie médullaire)
anémie par carence martiale et/ou vitaminique
très rares complications infectieuses

Électrolytiques

hypophosphorémie
hypocalcémie

Endocriniennes et métaboliques

hypothermie
œdèmes de renutrition
hypoglycémie (rares comas)
aménorrhée secondaire à une malnutrition (également observée dans 20 à 50 % des cas de boulimie), déficit en œstrogènes
troubles de la fertilité (et complications obstétricales en cas de grossesse : avortements, hypotrophie fœtale, accouchement prématuré, plus forte morbidité néonatale, dépression du post-partum...)
élévation du taux basal de GH, de cortisolémie, altération de suppression par dexaméthasone
syndrome de T₃ basse
ostéopénie, ostéoporose

Cutanées

lanugo, coloration orangée des plis

Système nerveux central et musculaire

dilatation ventriculaire et atrophies corticales
diminutions des performances aux épreuves d'attention, perception visuospatiale et mémoire
altérations non spécifiques à l'EEG
très rares crises épileptiques (secondaires à une insuffisance rénale)
faiblesse et atrophie musculaires
altération de la fonction respiratoire par déficience du diaphragme

Psychologiques

labilité émotionnelle
irritabilité
humeur dépressive
troubles anxieux
conduites de stockage (*hoarding*)
idées fixes alimentaires

ECG : électrocardiogramme ; EEG : électroencéphalogramme ; GH : *growth hormone*.

Annexe 8. Questionnaire SCOFF-F

Deux réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA

1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
4. Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

Annexe 9. Signes évocateurs d'une anorexie mentale.

Recommandations de bonne pratique.

Anorexie mentale : prise en charge. Juin 2010. HAS (19).

Chez l'enfant (en l'absence de critères spécifiques et dès l'âge de 8 ans)	<ul style="list-style-type: none">• Ralentissement de la croissance staturale• Changement de couloir, vers le bas, lors du suivi de la courbe de corpulence (courbe de l'indice de masse corporelle)• Nausées ou douleurs abdominales répétées
Chez l'adolescent (outre les changements de couloir sur la courbe de croissance staturale ou la courbe de corpulence)	<ul style="list-style-type: none">• Adolescent amené par ses parents pour un problème de poids, d'alimentation ou d'anorexie• Adolescent ayant un retard pubertaire• Adolescente ayant une aménorrhée (primaire ou secondaire) ou des cycles irréguliers (spanioménorrhée) plus de 2 ans après ses premières règles• Hyperactivité physique• Hyperinvestissement intellectuel
Chez l'adulte	<ul style="list-style-type: none">• Perte de poids > 15 %• IMC < 18,5 kg/m²• Refus de prendre du poids malgré un IMC faible• Femme ayant une aménorrhée secondaire• Homme ayant une baisse marquée de la libido et de l'érection• Hyperactivité physique• Hyperinvestissement intellectuel• Infertilité

Annexe 10. Critères somatiques d'hospitalisation.

Recommandations de bonne pratique. Anorexie mentale : prise en charge. Juin 2010. HAS (19).

Chez l'adulte	
Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none">• Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois• Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance• Vomissements incoercibles• Échec de la renutrition ambulatoire
Cliniques	<ul style="list-style-type: none">• Signes cliniques de déshydratation• IMC < 14 kg/m²• Amyotrophie importante avec hypotonie axiale• Hypothermie < 35 °C• Hypotension artérielle < 90/60 mmHg• Fréquence cardiaque :<ul style="list-style-type: none">○ Bradycardie sinusale FC < 40/min○ Tachycardie de repos > 60/min si IMC < 13 kg/m²
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none">• Anomalies de l'ECG en dehors de la fréquence cardiaque• Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/L ou asymptomatique si < 0,3 g/L• Cytolyse hépatique > 10 x N• Hypokaliémie < 3 mEq/L• Hypophosphorémie < 0,5 mmol/L• Insuffisance rénale : clairance de la créatinine < 40 mL/min• Natrémie : < 125 mmol/L (potomanie, risque de convulsions) > 150 mmol/L (déshydratation)• Leucopénie < 1 000 /mm³ (ou neutrophiles < 500 /mm³)

Annexe 11. Critères psychiatriques d'hospitalisation.

Recommandations de bonne pratique.

Anorexie mentale : prise en charge. Juin 2010. HAS (19).

Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none">• Tentative de suicide réalisée ou avortée• Plan suicidaire précis• Automutilations répétées
Comorbidités	Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation : <ul style="list-style-type: none">• Dépression• Abus de substances• Anxiété• Symptômes psychotiques• Troubles obsessionnels compulsifs
Anorexie mentale	<ul style="list-style-type: none">• Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes• Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde naso-gastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire• Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation)• Conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses
Motivation, coopération	<ul style="list-style-type: none">• Échec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite• Patient peu coopérant, ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré• Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires

Annexe 12. Critères environnementaux d'hospitalisation.

Recommandations de bonne pratique.

Anorexie mentale : prise en charge. Juin 2010. HAS (19).

Disponibilité de l'entourage	<ul style="list-style-type: none">• Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires• Épuisement familial
Stress environnemental	<ul style="list-style-type: none">• Conflits familiaux sévères• Critiques parentales élevées• Isolement social sévère
Disponibilité des soins	<ul style="list-style-type: none">• Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (impossibilité du fait de la distance)
Traitements antérieurs	<ul style="list-style-type: none">• Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation)

Annexe 13. Article 35 du Code de Déontologie.
(article R.4127-35 du Code de la Santé publique)

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. »

Annexe 14. Article L.1111-2 du Code de la Santé publique.

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L.1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de Santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. »

Annexe 15. Charte mondiale pour AGIR sur les Troubles des Conduites Alimentaires.

Charte mondiale pour AGIR sur les Troubles des Conduites Alimentaires.

AED 2006

Droits et attentes des personnes atteintes de TCA et de leurs familles.

I - Droit à une prise en compte de la sévérité des troubles, à une bonne connaissance des signes, conséquences et traitements proposés, et à un réel partenariat avec les professionnels de santé.

II - Droit à une évaluation clinique approfondie assortie d'un programme thérapeutique.

III - Droit à des soins spécialisés, accessibles pour tous et de grande qualité.

IV - Droit à des niveaux de soins garantissant la transparence sur les modalités de traitement, le respect et la sécurité des patients, et ce, quel que soit leur âge.

V - Droit pour l'entourage d'être informé largement sur la maladie, d'être respecté et d'être considéré comme une personne ressource.

VI - Droit pour l'entourage à un soutien thérapeutique approprié et à un programme d'éducation aux ressources.

Annexe 16. Tableau comparatif ETP, psychoéducation, TCC. Selon Pancrazi et al. (45)

Tableau. Différences entre ETP, TCC et psychoéducation.

	ETP	TCC	Psychoéducation
Domaine d'intervention	Maladies chroniques	Conduites addictives (alcool, tabac, toxicomanies), troubles du comportement alimentaire, dépression, anxiété sociale, phobies, obésité...	Pathologies comportementales (jeunes et adolescents) Conduites addictives, schizophrénie, troubles bipolaires...
Équipe	Multidisciplinaire	Médecin, psychologue	Psychiatre, psychologue ± infirmière
Formation	Formation spécifique (> 40 h)	Diplôme universitaire	Formation spécifique
Incluse dans le processus du soin	Oui	Pas toujours	Oui
Processus d'analyse	Bilan d'éducation partagé (ou diagnostic éducatif)	Analyse fonctionnelle	0
Projet	Éducatif et thérapeutique	Thérapeutique	Thérapeutique
Norme	Intérieure	Intérieure	Extérieure
Coconstruction	++++	+++	+
Évaluation initiale	Ligne de base*	Ligne de base* (+ humeur et anxiété)	Ligne de base* (+ humeur et anxiété)
Intervention	Individuelle et collective	Individuelle ++ ou collective	Collective
Entourage	Patient et entourage Pairs	Patient	Patient et/ou entourage Pairs
Partage de l'information	++++	+	+
Évaluation finale	Objectifs atteints, <i>empowerment</i> , suivi au long cours	Objectifs atteints, <i>empowerment</i> , arrêt de prise en charge (fin de cycle) Si objectifs non ou partiellement atteints, nouvelle analyse fonctionnelle	Objectifs atteints, <i>empowerment</i> , arrêt de prise en charge (fin de cycle) Si objectifs non ou partiellement atteints, nouveau cycle

* La ligne de base (ou de référence) apprécie l'état d'être ou de comportement avant tout traitement.

Annexe 17. Contenu de la vidéo psychoéducatrice sur les TCA et leur parcours de soins.

Première partie : information sur la maladie et les symptômes

Généralités

Vous souffrez d'un trouble des conduites alimentaires : vous n'arrivez pas à manger normalement, vous manger soit pas assez, soit trop. Vous pensez de façon obsédante à votre poids, à votre corps, à la nourriture. Souvent, votre entourage ne vous comprend pas et vous-même ne savez pas comment redevenir comme avant.

Les soignants, après un temps d'évaluation, vont vous donner un diagnostic pour l'un des troubles alimentaires. Il en existe trois principaux : l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique.

Le démarrage de ces troubles se situe souvent d'un contexte psychologique particulier. Vous avez une mauvaise estime de vous-même. Vous ne parvenez plus à vous apprécier, à reconnaître vos qualités. Vous n'aimez plus votre corps. L'image que vous en avez peut être en décalage, selon les autres, avec la réalité. Vous pouvez vous trouvez trop gros alors que d'autres vous trouvent trop mince. Dans ce contexte, vous n'avez plus confiance en vous. L'alimentation peut devenir un enjeu pour tenter de contrôler votre vie. Un cercle vicieux se met alors en place, car les désordres alimentaires ne permettent pas de se sentir mieux à long terme.

Lorsqu'elle s'installe, la maladie peut retentir sur le psychisme avec une hyperémotivité, des variations de l'humeur, une anxiété.

Peut-être que vous n'êtes pas à ce stade-là, mais la maladie risque de vous entraîner progressivement à vous replier sur vous-même, comme si le trouble alimentaire s'emparait totalement de votre vie. Vous serez tentés de vous isoler, d'abord pendant les repas ou les crises de boulimie pour éviter les conflits avec les proches. Puis l'isolement s'étend. La maladie vous donne l'impression que personne ne peut vous comprendre. Votre vie sociale et familiale s'appauvrit peu à peu, vous avez du mal à faire de nouvelles rencontres, vous ne parvenez plus à travailler ni à avoir de loisir, parfois parce que vous pensez que vous ne le méritez pas.

Anorexie mentale

Si vous souffrez d'anorexie mentale, votre alimentation est restreinte en termes de quantité et souvent de diversité, votre poids a diminué. Les femmes peuvent constater une perturbation

des cycles menstruels jusqu'à un arrêt des règles. Ces perturbations peuvent être masquées par la prise de pilules contraceptives.

Les premiers temps, l'anorexie peut donner une impression de réconfort à votre détresse. Mais très vite, le mal-être revient. Vous perdez progressivement le contrôle de votre alimentation. Pour lutter contre la prise de poids, vous risquez de faire de plus en plus de sport, de boire de plus en plus d'eau, de vous faire vomir, etc.

Lorsque la dénutrition s'installe dans votre corps, vous pouvez constater plusieurs signes comme la perte des cheveux, une sécheresse de la peau, des malaises, une frilosité. Paradoxalement, le sentiment d'être malade s'atténue lorsque la maladie s'aggrave.

Si la maladie s'installe plus profondément, d'autres organes seront touchés : les muscles dont le cœur, les os qui se fragilisent, le cerveau dont le fonctionnement ralentit, le foie, le rein, la moelle osseuse...

Boulimie

Si vous souffrez de boulimie, vous ressentez un désir intense de nourriture qui vous fait ingurgiter rapidement de grandes quantités d'aliments. Vous ne pouvez plus vous contrôler. Après la crise, il est fréquent que vous éprouviez un sentiment de honte, de culpabilité ou de tristesse. Puis la crainte de prendre du poids vous entraîne dans des stratégies comme le jeûne, les vomissements, la prise de substances amaigrissantes. Vous avez pu remarquer que les crises surviennent souvent dans un contexte d'ennui, de solitude, d'anxiété, parfois de vide.

Les répercussions sur le corps s'observent sur plusieurs organes : les dents s'abîment, l'estomac et l'œsophage deviennent inflammatoires, ils peuvent saigner, des troubles cardiaques parfois mortels peuvent survenir par perte d'éléments nécessaires au fonctionnement du cœur (perte de potassium)...

Hyperphagie boulimique

Si vous souffrez d'hyperphagie, vous pouvez observer des épisodes où vous mangez des quantités déraisonnables de nourriture sans stratégie pour contrôler la prise de poids. Une surcharge pondérale s'installe pouvant conduire à l'obésité.

Sur le long terme, les complications de ce surpoids vont apparaître, par exemple des douleurs articulaires, des complications cardio-vasculaires, le diabète.

Comorbidités

Il arrive qu'en plus des troubles alimentaires vous souffriez d'autres difficultés : dépression, anxiété, trouble du sommeil. Il peut arriver que vous commenciez à consommer des produits

comme le tabac, l'alcool, d'autres drogues, ce qui aggravera toujours votre état alimentaire et votre état de santé.

Au-delà de ces descriptions, nous savons bien qu'aucun patient n'a la même maladie qu'un autre et qu'aucune maladie ne se ressemble d'une personne à une autre.

Comment peut-on en sortir ?

Plus vite vous consultez, plus vous pouvez éviter que les troubles s'installent, deviennent chroniques, et que votre organisme se fragilise. Plus vous consultez tôt, plus vous pouvez réduire vos souffrances physiques et psychologiques.

L'objectif de cette vidéo est de vous aider à accepter l'aide pour vous en sortir.

Où trouver de l'aide ?

Vous pouvez demander des conseils à votre médecin traitant, au médecin scolaire ou tout autre soignant de votre choix avec qui vous serez en confiance pour aborder vos problèmes.

Depuis 1996 en France, des réseaux de soins s'organisent selon les régions. Ces réseaux ont pour objectifs de coordonner les structures de soins et les principales équipes, favoriser l'articulation et la prise en charge pédiatrique puis de l'adulte, promouvoir les travaux de recherche. Les réseaux de soins sont également là pour fournir une information complète sur l'offre de soins aux patients, à leurs familles et à l'ensemble des professionnels notamment via internet, la création de lignes d'écoute...

La FNA-TCA (www.fna-tca.com) par exemple en Île-de-France et l'AFDAS-TCA (www.anorexiéboulimie-afdass.fr) au niveau national peuvent vous aider dans votre démarche de soins.

Deuxième partie: présentation des soins en fonction de l'évolution de la maladie

Il est important de prendre en charge rapidement la maladie.

Cela permet d'éviter l'évolution vers une forme chronique ainsi que les complications psychiques, physiques, et sur votre vie familiale et sociale.

La décision de consulter un médecin au sujet d'un TCA n'est pas toujours aisée à prendre, pour vous comme pour vos proches. On peut en effet avoir peur de consulter, alors même qu'on ne ressent pas encore toutes les conséquences négatives du TCA. L'ampleur du problème n'est pas toujours perçue par le médecin, vous pouvez ne pas être convaincu d'être malade, vous pouvez avoir honte d'en parler, n'avoir personne pour vous aider, ou ne pas vous sentir suffisamment soutenu par votre entourage. Les associations d'entraide peuvent

alors être très utiles dans cette phase.

Accepter une première consultation permettant de poser un diagnostic de TCA va vous aider à vous sentir moins isolé face à vos symptômes. Plusieurs rencontres sont souvent utiles, elles permettent de créer un lien de communication et de confiance mutuelle. Ces consultations contribuent à définir les caractéristiques de votre maladie, son diagnostic, et les possibilités de traitement. C'est l'occasion d'apprendre à vous connaître au cours d'entretien, de réaliser un examen physique complet et de faire des examens sanguins radiologiques ou autres qui sont nécessaires.

Le médecin que vous aurez choisi pourra être le médecin coordinateur des soins. C'est le plus souvent un médecin généraliste, un pédiatre, un psychiatre, un endocrinologue. Son rôle est de coordonner l'ensemble des intervenants qui peuvent être nécessaires pour traiter à la fois les aspects psychologique, nutritionnel, somatique et sociaux.

Les TCA sont potentiellement graves. Pour que la prise en charge soit efficace, il est important qu'il puisse exister une collaboration entre vous et les soignants. Il est également important que la famille soit intégrée dans la démarche de soins. Vous et votre famille devez être régulièrement informés et consultés afin de renforcer votre implication dans les soins. Une confiance mutuelle entre tous les protagonistes doit pouvoir s'instaurer. Cette étape est primordiale : c'est la construction d'une alliance thérapeutique.

La prise en charge doit être multidisciplinaire. Les premiers temps permettent de repérer les risques vitaux pour les traiter en urgence. Certains peuvent nécessiter une hospitalisation dans un service d'Urgence, de Médecine voire de Réanimation.

Au cours des premières consultations, votre entourage proche (parents, fratrie, conjoint) sera également accueilli s'il le désire. Ces premiers rendez-vous vont permettre d'évaluer la gravité de la maladie pour proposer des soins adaptés à l'évolution de chacun.

Les niveaux de soins s'articulent entre eux dans une logique d'accompagnement vers la guérison et peuvent donc changer tout au long de votre prise en charge.

La décision de vous orienter vers un type de prise en charge se prend en considérant de nombreux critères : gravité des troubles alimentaires, apparition de complications physiques ou psychiques, présence d'un entourage, situation géographique par rapport aux différents lieux de soins.

Les consultations ambulatoires seront privilégiées en l'absence de signes de gravité, pour une première évaluation des symptômes. Cela peut suffire si la maladie est à un stade peu avancé. Cela sera le lieu du suivi sur le long terme pour prévenir les rechutes.

Les soins ambulatoires (hôpital de jour et consultations) et l'hospitalisation à temps plein peuvent constituer des étapes dans vos soins.

Lors du suivi à long terme, des sessions d'hôpital de jour peuvent être proposées ponctuellement en prévention des rechutes. Elles peuvent aussi être utilisées exclusivement en alternance avec des consultations ambulatoires.

Lorsque les troubles alimentaires sont trop compliqués à contrôler à la maison, une prise en charge plus intensive sera proposée afin de mettre en œuvre plus facilement les différents moyens thérapeutiques dont on dispose. L'hospitalisation à temps plein est dans l'idéal envisagée avant d'en arriver à l'épuisement ou à la décompensation. Son indication se base sur plusieurs critères : une évolution rapide du trouble, une perte de poids importante ou des crises de boulimie rapprochées mettant votre vie en danger, l'absence d'amélioration avec une prise en charge plus légère, la perte des liens avec la famille, les études, le travail, des soins ambulatoires rendus difficiles pour des raisons géographiques. Selon les moyens dont votre région est munie, les soins pourront avoir lieu en unité spécialisée de TCA, en Médecine, en Pédiatrie, en service de Psychiatrie Générale etc... En dehors de situation d'urgence, l'hospitalisation sera discutée avec vous et votre famille. Elle se prépare idéalement au travers d'entretien d'information, de discussion du projet de soins. Vous pourrez visiter avec votre famille le service qui vous accueillera et rencontrer les équipes qui vous accompagneront. Le temps de préparation est un temps privilégié de la prise en charge.

La séparation avec le système familial est induite de fait par une hospitalisation. Selon les équipes, elle est pratiquée de manière différente, et vous sera expliquée ; elle est modulée selon l'âge et accompagnée ; si cela n'est pas suffisant, n'hésitez pas à en parler avec les équipes. En cas de séparation, les parents peuvent quotidiennement avoir des nouvelles de leur enfant, des visites sont programmées. Dans tous les cas, l'entourage aussi sera accompagné dans cette hospitalisation qui constitue également une épreuve pour lui (groupes de parents, thérapies familiales, entretiens, etc.).

Votre médecin coordinateur conservera son rôle et sera en lien fréquent avec l'équipe d'hospitalisation, par des réunions, des courriers, des appels téléphoniques.

De même qu'en HDJ, vous serez accompagné et entouré par ses soignants que vous pourrez solliciter à tout moment. Les journées seront également rythmées de façon à alterner les activités et les temps de repos. Des aménagements peuvent se mettre en place tels que des hospitalisations courtes programmées ou des hospitalisations de nuit, notamment en fin de prise en charge hospitalière ou en prévention de rechute. Ces aménagements permettent par

exemple d'aller travailler ou de poursuivre ses études pendant la journée. Le retour au « monde extérieur » se fera progressivement : sortie dans votre famille, repas pris à l'extérieur, journée à l'extérieur ... Tant que cela reste possible sur le plan physique et psychique, le maintien de votre scolarité ou de votre activité professionnelle sera privilégié. Dans le cas contraire, sa reprise sera accompagnée.

Évolution de la maladie

Phase d'installation : les troubles des conduites alimentaires s'installent progressivement.

Le début commence souvent par des compulsions alimentaires mal contrôlées, un régime restrictif pour un surpoids réel ou imaginaire. On peut retrouver fréquemment une circonstance de séparation déclenchant la maladie comme par exemple un éloignement du domicile parental du fait des études, un séjour à l'étranger, le départ ou la disparition d'un proche, une rupture sentimentale ou un « premier amour ». En cas d'amaigrissement, cette phase est marquée par une sensation de mieux être en raison d'une valorisation sociale (perte des rondeurs), une plus grande confiance en soi, une euphorie, une hyperactivité physique et intellectuelle.

Passer par ces étapes n'implique pas forcément qu'un trouble des conduites alimentaires s'installe durablement.

Il y a lieu de s'inquiéter lorsque ces changements persistent et s'amplifient progressivement, que le poids, l'alimentation, le corps deviennent obsédant, que vous vous isolez, que vous n'arrivez plus à en parler à vos proches. Il est indispensable que vous ayez un environnement adapté pour vous libérer de ces symptômes avant qu'ils ne deviennent trop sévères. La prise en charge doit être plus intense. Elle vise à vous aider à faire disparaître vos symptômes. Différentes modalités de prise en charge pourront vous être proposées comme nous l'avons décrit.

Une fois le contrôle des symptômes obtenu, vous allez entrer dans une phase de rémission pendant laquelle un suivi régulier doit être maintenu afin de pouvoir consolider les changements, prévenir le risque de rechute et de chronicisation. Il est donc recommandé que les soins hospitaliers, si vous en avez bénéficié, soient relayés par des soins en HDJ ou en consultation car on ne sort pas guéri.

La rémission se définit par le fait de pouvoir avoir conscience de sa maladie, parvenir à normaliser ses comportements alimentaires, son poids et son activité physique. Il s'agit d'une phase où vous lutterez activement et avec efficacité contre vos symptômes. Être en rémission vous permettra de reprendre normalement votre scolarité ou votre activité

professionnelle, d'établir des relations amicales nouvelles, d'améliorer les relations avec votre famille, de concrétiser un projet d'autonomie : logement, voyage, être amoureux.

Toutes les études montrent que votre pronostic s'améliore avec les soins. Il faut savoir accepter des soins de qualité et d'une durée suffisamment longue.

Vous vous sentirez guéri lorsque vous n'aurez plus à lutter quotidiennement contre la maladie. Vous aurez le sentiment d'être libéré de vos symptômes. Cela correspond souvent au fait de maintenir une rémission complète pendant plusieurs mois.

Parfois, la rémission n'est pas complète. Il persiste quelques symptômes qui peuvent être gênants au quotidien et qui impliquent que votre prise en charge thérapeutique soit maintenue. Des symptômes peuvent également réapparaître. Votre médecin référent est là pour vous aider à repérer les signes de rechute et proposer des soins adaptés.

Troisième partie : objectifs des soins et leur mise en œuvre

Objectifs des soins

La prise en charge de votre trouble alimentaire comporte plusieurs objectifs.

Sur le plan nutritionnel, il s'agit de réapprendre les schémas alimentaires : rythme régulier des repas, diversification des aliments. La quantité des repas doit être adaptée à votre état physiologique.

En cas d'anorexie, l'objectif est d'arrêter la perte de poids puis de restaurer un poids normal pour votre taille et pour votre âge : c'est la phase de renutrition. Cet objectif de poids sera discuté avec vous et avec votre médecin.

En cas de boulimie, l'objectif est d'arrêter les crises et de pouvoir réintroduire les aliments déclencheurs des crises.

En ambulatoire, un suivi régulier par un diététicien ou un nutritionniste vous est proposé. Vous pouvez participer à des repas thérapeutiques qui peuvent se dérouler selon plusieurs modes, par l'intermédiaire d'association d'entraide ou au cours de sessions d'hôpital de jour ou à chaque repas pendant les hospitalisations à temps complet.

Ces repas peuvent se présenter sous plusieurs formes afin de vous aider dans plusieurs difficultés. En voici quelques exemples : vous pouvez prendre un repas seul avec un soignant afin de lutter contre l'anxiété ou contre des comportements comme le tri des aliments. Les repas thérapeutiques peuvent aussi être des repas en groupe avec d'autres patients et avec les soignants. Cela permet d'évaluer vos progrès quantitatifs et qualitatifs. Ces repas avec les soignants sont également l'occasion de retrouver la fonction sociale des repas, la convivialité,

la capacité à communiquer. On peut vous réapprendre à faire un menu, les courses, la cuisine.

En parallèle de la prise en charge nutritionnelle et physique, une psychothérapie est associée. C'est tout d'abord une psychothérapie de soutien lors des consultations régulières afin de vous accompagner dans les soins, dans la reconnaissance des différents signes de la maladie, pour vous aider à retrouver des comportements normaux. Ces consultations permettent une prise de recul avec la famille par l'intermédiaire de la mise en place de soins. Les problèmes que vous rencontrez ne reposent plus uniquement sur votre entourage qui est souvent en difficulté pour vous aider. Acquérir une certaine autonomie par rapport à votre famille va pouvoir progressivement devenir envisageable et satisfaisant. Vous aurez besoin de trouver un endroit à vous, où vous pourrez partager certains éléments personnels ou privés et dans laquelle votre intimité sera acceptée et respectée, en particulier vis-à-vis du secret médical. Grâce à cette séparation, d'autres personnes que votre famille vont être en mesure de vous aider.

Des thérapies psychodynamiques sont souvent proposées. C'est une aide pour la compréhension des symptômes, cela permet de replacer le TCA dans votre histoire personnelle en vous intéressant aux aspects plus intimes de votre fonctionnement. Ces thérapies sont aussi un moyen de comprendre comment la maladie fonctionne et de donner du sens aux changements de vos comportements amenés par d'autres soins.

Des séances de psychodrame psychanalytique peuvent être mises en place. Il s'agit de jouer et de mettre en scène en présence de thérapeutes des conflits psychologiques qui peuvent être difficiles à élaborer.

Vous pouvez souhaiter débiter une thérapie familiale. Le rythme est en général mensuel. L'ensemble du système familial est pris en considération. Les objectifs de la TF sont de redéfinir les espaces des différents membres de la famille, de préciser les limites entre les générations, de vous soulager ainsi que votre famille des sentiments de culpabilité et de honte afin de renforcer les compétences et les ressources d'aide que chaque famille possède.

Vous pouvez également avoir recours à des approches du type des thérapies comportementales et cognitives. Elles agissent à plusieurs niveaux : émotions, pensées, comportements. Le premier est souvent un temps d'éducation à la nutrition en collaboration avec un diététicien, pour bien en comprendre les enjeux. C'est le réapprentissage alimentaire : arrêter les prises alimentaires excessives tout comme éviter la restriction, avoir une alimentation correcte et suffisante pendant les repas. Le second aspect a pour objectif de

vous permettre de mieux gérer votre capacité à vous affirmer, de mieux être en relation avec les autres et aussi de travailler sur l'anxiété, de vous réapproprier une image positive de votre corps.

De nombreux groupes de parole existent. Ils se basent sur les techniques comportementales et cognitives. Les axes de travail peuvent être très variés : boulimie, motivation au changement, estime de soi, etc. Des groupes de parole destinés spécifiquement aux familles peuvent être très bénéfiques et renforcer les capacités de votre entourage à vous soutenir par une meilleure compréhension de ce qui vous arrive. Ces groupes de parole, de manière générale, permettent à chacun d'exprimer son ressenti par rapport à la maladie, de comprendre que d'autres peuvent vivre la même chose ou des choses différentes, de partager, d'échanger, d'adopter un autre angle de vue.

Enfin, les objectifs de soins concernent les domaines social et scolaire ou professionnel.

Cela passe par la mise en place d'une prise en charge des soins à 100% par l'intermédiaire de votre médecin traitant. Des rendez-vous avec une assistante sociale peuvent être organisés pour faire un bilan social et vous aider dans les démarches administratives telles que l'aide au logement, la couverture sociale, etc. Des aménagements avec la Médecine du travail peuvent être prévus. Sur le plan scolaire, en cas d'hospitalisation prolongée, des aides existent comme l'organisation de cours par des enseignants de l'Éducation Nationale ou d'associations spécialisées dans l'accompagnement scolaire. Des structures adaptées comme les Soins-Etudes peuvent aussi être proposées.

Ateliers à médiation

Des ateliers à médiation sont organisés par les équipes soignantes, les psychologues, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychomotriciennes ou d'autres encore. Ces médiations sont proposées en fonction de votre état psychologique et physique (par exemple, vous ne pourrez pas faire de sport si votre poids est trop faible car cela serait trop dangereux et empêcherait une reprise de poids). En voici quelques exemples :

Atelier d'ergothérapie : Vos compétences créatives et expressives sont explorées afin de favoriser l'investissement ou le réinvestissement d'occupations qui vous sont propres et qui sont en lien direct avec ces compétences. Plusieurs activités spécifiques, seul ou en groupe, sont proposées en fonction de votre maladie. La danse par exemple permettra un travail sur la représentation que vous avez de votre corps, les perceptions sensorielles, l'expressivité, l'affirmation de soi, la coordination, le lien avec les autres. Une activité habillage, mode ou esthétique sera également l'occasion d'un travail sur la représentation du corps, sur l'image

sociale et ses implications dans vos relations aux autres. Cette activité permet un accompagnement des modifications du corps liées à la reprise de poids, une élaboration de la problématique de la féminité. Les sorties thérapeutiques (cinéma, théâtre, exposition etc...) permettent un investissement des intérêts sociaux et culturels au cours d'échanges suscités par les différents thèmes apportés par les sorties. D'autres type d'art-thérapie, comme la musicothérapie et le chant cherchent à atteindre la sphère émotionnelle en s'orientant vers un domaine qui n'est pas verbal. L'état émotionnel provoqué de cette façon peut devenir l'objet d'un travail spécifique et individualisé.

Atelier cuisine: il est organisé par les équipes soignantes, en collaboration avec le Diététicien. Il s'agit de vous aider à retrouver une autonomie dans votre quotidien alimentaire. Cela passe par le choix du menu afin de mettre en œuvre les règles diététiques et nutritionnelles acquises, la gestion du budget, l'achat des aliments, l'organisation, la préparation d'un plat, l'instauration de relations d'échange et de convivialité, l'engagement dans le groupe.

Atelier courses: un accompagnement par des soignants dans un super marché peut être mis en place. Cela permet d'évaluer vos difficultés dans le magasin et de vous accompagner dans la réalisation de vos achats de nourriture. Vous pouvez vous fixer des objectifs avant la sortie qui seront soutenus par les membres de l'équipe soignante ou les autres patients (par exemple, : pouvoir passer dans le rayon des gâteaux et pâtisseries, ne pas calculer les calories des aliments achetés...)

Atelier « image du corps »: cet atelier propose une médiation par l'image photographique pour aborder la problématique du corps. Une première séance est dédiée à la prise de vue. Vous décidez du choix de l'image. Vos impressions sont recueillies à la fin de la séance. La deuxième séance est dédiée à la restitution individuelle des photos tirées sur papier. Vous témoignerez ensuite dans le groupe de votre expérience. On s'intéresse dans cet atelier au décalage entre la silhouette réelle et la perception personnelle du corps.

Atelier couture: cet atelier est fondé sur l'idée de redonner le plaisir de créer en utilisant la couture et les tissus comme médiation pour travailler sur l'image corporelle, la silhouette, la féminité afin de vous accompagner dans l'évolution de votre maladie. Pour les garçons, un travail différent sera proposé.

Atelier gymnastique et relaxation: un kinésithérapeute propose par cette médiation corporelle un réapprentissage de la pratique d'une activité physique et sportive adaptée à votre état psychique et physique. Cela permet de vous aider à gérer une éventuelle

hyperactivité et de vous accompagner dans les différentes étapes du changement corporel induit par la réalimentation. C'est une aide au contrôle des manifestations physiques et psychosomatiques de l'anxiété.

Atelier sport adapté : cet atelier a pour but de vous réapprendre à réaliser une activité sportive sans risque pour votre santé, respectant les limites de votre corps. En effet, vous pouvez présenter une hyperactivité associée à vos conduites alimentaires, c'est-à-dire pratiquer un sport dans le seul but d'éliminer des calories. Un accompagnement dans le sport vous permettra de redécouvrir les sensations provoquées par la mise en mouvement de votre corps sans que cela ne renforce les symptômes.

Atelier d'expressivité corporelle : cet atelier est dispensé par une psychomotricienne. Il favorise une réappropriation des sensations et des perceptions corporelles. C'est un accompagnement utile pour intégrer les modifications corporelles qui surviendront au cours des soins. Cela passe par un travail sur le contrôle des mouvements, sur les limites du corps et la gestion de l'espace, dans une ambiance relaxante. C'est également un outil pour le contrôle de l'hyperactivité.

Atelier informatique : l'accès à un poste informatique connecté à internet est souvent très demandé. Cet atelier permet, avec l'encadrement par un soignant, d'effectuer des recherches personnelles d'informations, d'élaborer un projet professionnel, social, scolaire ou universitaire.

Les sessions d'HDJ permettent de sortir d'un isolement parfois imposé par la maladie, de soulager les tensions familiales par une séparation temporaire et de réorganiser votre temps perturbé par les préoccupations alimentaires. La fréquence des sessions est décidée avec vous. Les dates sont programmées ce qui implique de s'y préparer et d'arriver à l'heure. Cela participe déjà à la gestion du trouble : il faudra essayer de contrôler vos symptômes afin de pouvoir vous déplacer et savoir prévenir l'équipe en cas de retard. A votre arrivée, vous pourrez échanger avec les infirmières sur les faits marquants de votre quotidien, vos difficultés depuis la dernière session, vos progrès par rapport aux objectifs fixés. Elles prennent vos constantes (pouls, tension), mesurent la glycémie à jeun en cas de risque d'hypoglycémie, prélèvent un bilan sanguin et vous demandent de vous peser si cela a été prescrit. Une collation peut être proposée pour certains d'entre vous. Ces sessions vous permettront de reprendre des journées plus structurées, rythmée par une alternance de temps calme et d'activités multiples, seul ou en groupe.

Exemple de planning d'HDJ

Premier jour :

9h00 : accueil- 9h15 : Kinésithérapeute (relaxation, gymnastique)- 10h : petit déjeuner -
10h30 : groupe de parole- 11h30 : temps calme/ consultation médicale – 12h30 : repas
thérapeutique – 13h30 : temps calme – 14h30 : Psychomotricienne : Atelier d'expressivité
corporelle – 15h30 : atelier couture/ atelier image corporelle – 16h : goûter et bilan de la
journée.

Deuxième jour :

9h00 : accueil- 9h15 : Kinésithérapeute (relaxation, gymnastique) - 10h : petit déjeuner -
10h30 : ergothérapeute : théâtre – 11h45 : temps calme/ consultation médicale – 12h30 :
repas thérapeutique – 13h30 : temps calme – 14h30 : groupe de parole – 15h30 :
psychothérapie individuelle – 16h : goûter et bilan de la journée.

Annexe 18. Scénario 1 : « Les symptômes ».

Synopsis : La première vidéo expose de façon didactique les différents aspects de la maladie avec les symptômes les plus fréquents et leur retentissement sur la vie quotidienne du patient et de son entourage.

Durée : 9 min

Introduction/générique.

Séquence 1 Jour/Extérieur hôpital.

Plan 1 : Plan pied, Présentation d'émission. Devant l'entrée de l'hôpital.

Journaliste :

Bonjour à toutes et à tous, nous nous retrouvons aujourd'hui pour parler des troubles du comportement alimentaire ou T.C.A.

Alors les TCA, qu'est-ce que c'est ?

Plan 2 : Plan de coupe de l'hôpital.

Plan 3 : En marchant, suivi Steady/movicam jusqu'à l'entrée du bâtiment.

Journaliste :

Je me trouve actuellement devant l'hôpital dont l'un des services est spécialisé dans leur traitement. Car oui, les TCA sont bien une maladie, et cela nécessite donc un suivi spécialisé.

Qui dit « maladie » dit « ensemble de symptômes ». Et nous allons voir que ces symptômes ne concernent pas uniquement la sphère de l'alimentation.

Allons voir les soignants de cette équipe, et demandons leur quels sont les symptômes qu'ils constatent le plus souvent chez leurs patients.

Séquence 2 Int./jour. Différents décors, derrière un bureau, debout, dans un couloir...

Insert plan moyen de tous les personnages clés des trois vidéos (*pas fait pour raison technique*). Un symptôme par protagoniste (médecins, infirmières, aides soignants...)

Plan 1 à 10 : Interview (ITW)-trottoir au micro-main des soignants de l'équipe.

Journaliste : Quels sont, pour vous, les principaux symptômes des Troubles du Comportement alimentaire ?

Liste des mots-clés souhaités pour les réponses

Soignant 1 : L'instabilité émotionnelle,

Soignant 2 : L'hyperactivité,

Soignant 3 : La mauvaise estime de soi,

Soignant 4 : La restriction alimentaire

Soignant 5 : Les crises de boulimie

Soignant 6 : Le perfectionnisme

Soignant 7 : La culpabilité

Soignant 8 : La perte de confiance en soi

Soignant 9 : Le surinvestissement professionnel

Soignant 10 : la volonté de tout contrôler

Plan 11: Présentatrice, plan épaule. Dans un couloir. Devant une porte.

Journaliste :

Maintenant que nous savons à quoi ça ressemble, nous allons voir un Psychiatre spécialiste de ces troubles.

Séquence 3 Int./jour. Bureau d'un médecin. Champs/contre-champs.

Plan 1 : Plan de coupe, journaliste qui entre dans le bureau, sert la main du psychiatre, il la fait asseoir... (A voir)

Journaliste : Bonjour Docteur...

Psychiatre : Bonjour Solène, asseyez-vous...

Plan 2 : ITW position docteur-patient.

Journaliste : Alors Docteur, qu'est-ce que c'est un Trouble du Comportement Alimentaire ?

Psychiatre : Avant de commencer, il faut bien comprendre que ces troubles interviennent souvent dans un contexte émotionnel particulier. Vous développez, le plus souvent, une mauvaise estime de vous-même.

Journaliste : D'accord. Mais c'est quoi avoir une mauvaise estime de soi ? En fait, l'estime de soi, c'est quoi ?

Psychiatre : C'est l'idée qu'on a de ses compétences, de ses capacités et de ses qualités. Plus précisément, c'est l'amour qu'on se porte, l'amour qu'on porte à notre reflet et à notre corps. La perception que l'on a de soi dans notre regard ou dans celui d'autrui. L'estime de soi s'exprime dans les différentes sphères de la vie d'une personne:

- La sphère familiale.
- La sphère sociale.
- La sphère professionnelle
- Et dans l'intimité.

Plan 3 : Plan de coupe motion design sur les sphères. (4 cercles avec B.T.)

Séquence 4 Int./jour. Couloir de l'hôpital. Journaliste et Psychiatre marchent côte à côte et se dirigent vers la salle à manger du service. Suivi sur 3 axes.

Plan 1 : Suivi sur 3 axes.

Psychiatre : La mauvaise estime de soi c'est ne plus parvenir à s'apprécier, ne plus reconnaître ses qualités, ne plus aimer son corps. L'image que le miroir vous renvoie est en décalage avec ce que vous percevez. L'image que vous pensez avoir est en décalage avec l'image réelle.

Plan 2 : Plan de coupe Publicité Danoise.

Campagne choc contre l'anorexie.

Time Code estimatif : 0,25s à 0,30s max

Plan 3 : Journaliste et psychiatre. Suivi sur 3 axes.

Psychiatre : Par exemple, vous vous trouvez trop gros, alors que les autres vous voient trop mince.

Et c'est à ce moment que l'alimentation va devenir un enjeu majeur pour tenter de contrôler votre vie et de réguler vos émotions. Vous me suivez ?

Plan 4 : Int./jour. Plan de coupe. La porte se ferme. Un encart – Self Service – ou – Cantine – Salle à manger est sur la porte.

Séquence 5 Int./jour. Salle à manger d'un hôpital. ITW. Champs/contre-champs.

Plan 1 : Int./jour. Plans de coupe. 2 ou 3 plans larges. Le psychiatre met trois plateaux sur la table.

Plan 2 : ITW. Psychiatre d'un côté de la table, Journaliste de l'autre.

Docteur : Il existe 3 principaux types de troubles du comportement alimentaire.

- L'anorexie mentale.
- La boulimie.
- Et l'hyperphagie.

Plan 3 : Plans de coupe sur plateaux.

Le plateau 1 contient un grand verre d'eau, une assiette avec une feuille de salade et des couverts. (Anorexie mentale)

Le plateau 2 contient des pâtes, de la pâte à tartiner, des gâteaux, des fruits, du soda... (Boulimie)

Le plateau 3 contient un saladier de pâtes, un seau de fromage blanc... (BED)

Plan 4 : ITW. Psychiatre d'un côté de la table Journaliste de l'autre.

Psychiatre : L'anorexie est un état de mal-être qui s'accompagne de nombreux symptômes dont le patient ne se rend pas forcément compte ou les minimise. Ces symptômes sont souvent mal connus par l'entourage.

Journaliste : Quels sont-ils ?

Psychiatre : Vous avez :

L'arrêt des règles,

La perte des cheveux,

La peau sèche,

Vos muscles se ralentissent donc votre cœur qui est aussi un muscle va ralentir.

(ID : 409179)

Vos os se fragilisent ce qui peut entraîner des fractures

Chaque organe peut être atteint : foie, rein, moelle osseuse...

Plan 5 : Plans de coupe (Voir split screen) Image de synthèse.

Bonhomme de synthèse (3D) avec organes apparents.

Banque de vidéo. Clip Canvas.

Clip Details - ID 265935

Plan 6 : ITW. Psychiatre d'un côté de la table, Journaliste de l'autre.

Psychiatre : Vous avez couramment des malaises,

Une grande fatigue,

Votre cerveau ralentit et cause des problèmes de concentration.

Plan 7 : Plans de coupe, mise en situation.

- Malaise : Ext. /jour. Plan moyen, dans la rue, travelling arrière.

Une fille (Fille A) entourée de deux amies qui discutent, la fille du milieu sent un malaise et tombe dans les pommes.

ou banque d'image

Banc titre : Malaise

- Fatigue : *Les mêmes amies marchent, fille A n'arrive pas à les rattraper*

ou banque d'image

Banc titre : Fatigue.

Plan 8 : ITW. Psychiatre d'un côté de la table, Journaliste de l'autre.

Psychiatre : Vous devenez extrêmement frileux.

(Le docteur fait lui-même le geste de se couvrir les bras comme s'il avait froid)

Banc titre : Frilosité

Vous souffrez de potomanie et d'hyperactivité.

Journaliste : La potomanie ?

Psychiatre : Oui, c'est le fait de boire en quantité déraisonnable. La plupart du temps pour lutter contre la faim ou dans l'idée de perdre du poids, vous buvez de plus en plus d'eau et faites de plus en plus de sport. Généralement, plus vous perdez du poids, plus vous avez besoin de bouger.

Plan 9 : Plans de coupe, mise en situation.

Plan possible potomanie :

- *Plan serré sur un robinet. Un verre entre dans le champ, est rempli par le robinet.*

Plusieurs fois de suite : remplacé par banque d'image

Banc titre : Potomanie

Plan possible Hyperactivité :

- *Fille A en train de courir en tenue adéquate. Puis s'arrête exténuée, prend à peine le temps de reprendre son souffle et repart.*

ou:

- *Fille A en tenue normale de ville en train de sautiller/ s'allonger pour une série d'abdo/sautiller/abdo etc (dans sa chambre par exemple)*
- *ou remplacé par banque d'image*

Banc titre : Hyperactivité.

Plan 10 : ITW. Psychiatre d'un côté de la table, Journaliste de l'autre.

Journaliste : D'accord, mais des symptômes comme ça, ça se voit non ?

Psychiatre : Oui et non, ces symptômes peuvent facilement être rationalisés, par exemple je n'ai plus mes règles parce que je prends la pilule, j'ai la peau sèche parce que l'eau est calcaire, j'ai froid parce que je suis habillée léger, etc., etc.

C'est ce qu'on appelle la phase du déni des symptômes.

Banc titre : Déni.

Psychiatre : Pour l'entourage, cette phase est difficile à percevoir car la maladie fabrique toutes sortes d'explications irrationnelles. Et ces explications, ou rationalisations, sont assez compliquées à remettre en question pour la personne malade.

Journaliste : Pourquoi ?

Psychiatre : Parce que reconnaître ces signes de la maladie, revient à accepter que le réconfort apporté par l'anorexie dans les premiers temps n'est qu'illusion.

Quand je dis réconfort, c'est plutôt une sensation de satisfaction liée à la maîtrise de votre alimentation, de vos émotions, c'est à ce moment-là que vous ressentez une ambivalence vis-à-vis de vos comportements, c'est à dire qu'au même moment coexistent en vous deux désirs contradictoires. Par exemple : je veux m'en sortir, mais sans reprendre de poids!

Banc titre : Ambivalence

Journaliste : D'accord, je crois que nous avons bien compris ce qu'est l'anorexie. Passons à la boulimie.

Psychiatre : La boulimie, c'est l'abondance, la richesse des plats, ingérés en un temps limité. De manière générale, vous préparez des aliments que vous vous interdisez d'habitude durant vos phases de restriction alimentaire: des aliments généralement gras/ sucrés représentés ici par des pâtes, du fromage, de la pâte à tartiner, des gâteaux, etc.

Banc titre : Insert animation chronomètre

Plan 11 : Plans de coupe sur plateaux. Le plateau 2 contient des pâtes, de la pâte à tartiner, des gâteaux, des fruits, du soda...

Plan 12 : ITW. Médecin d'un côté de la table, Journaliste de l'autre.

Psychiatre : La boulimie c'est donc un désir intense de nourriture, qui intervient souvent dans un contexte de solitude, d'ennui, et d'anxiété.

À la suite de ces crises un mal-être va s'installer :

La peur de la prise de poids, la culpabilité d'avoir lâché prise, conduisent à des stratégies de

contrôle du poids : telles que jeûne, vomissement, prise de produits amaigrissants. Ces stratégies provoquent également des émotions négatives que le patient ressent le besoin de contrôler. C'est dans ce processus qu'intervient la future crise et ainsi de suite! C'est un véritable cercle vicieux d'autant que la boulimie peut rester indécélable par l'entourage, du fait que le poids reste stable. Il y a peu de modifications physiques, mais votre ressenti est très intense. Comme chaque autre trouble du comportement alimentaire, ces crises agissent dans un contexte de fragilité émotionnelle.

Alors certes, les répercussions physiques sont moins visibles mais elles existent :

- les glandes salivaires peuvent grossir du fait des vomissements
- dents s'abîment
- œsophage et estomac deviennent inflammatoires et peuvent saigner
- les pertes de potassium retentissent sur le fonctionnement du cœur

Plan 13 : Plans de coupe (Voir split screen) Image de synthèse.

Bonhomme de synthèse (3D) avec organes apparents.

Focalisé sur la partie haute du corps.

Banque de vidéo. Clip Canvas.

Plan 14 : ITW. Psychiatre d'un côté de la table, Journaliste de l'autre.

Journaliste : D'accord, et maintenant l'hyperphagie ?

Psychiatre : Oui, c'est un des troubles du comportement alimentaire le moins connu, mais pas le moins répandu.

Plan 15 : Plan de coupe sur plateaux. Le plateau 3 contient un saladier de pâtes, un seau de fromage blanc...

Plan 16 : ITW. Médecin d'un côté de la table, Journaliste de l'autre.

Psychiatre : L'hyperphagie, c'est absorber des quantités déraisonnables de nourriture, cela intervient dans le même contexte émotionnel que les troubles précédents, mais en revanche dans ce cas de figure, il n'y a pas de stratégie pour contrôler la prise de poids. Autrement dit, pas de jeûne, ni de vomissement, ce qui aboutit rapidement au surpoids puis à l'obésité.

Certaines répercussions physiques sont visibles par tous:

- surpoids
- essoufflement
- fatigue

Plan 17 : Plans de coupe (Voir split screen) Image de synthèse.

Bonhomme de synthèse (3D) avec organes apparents.

Corps qui grossit.

Zoom sur les artères et les maladies cardiovasculaires.

Banque de vidéo. Clip Canvas.

ID : 74996

ID : 744658

Plan 18 : ITW. Psychiatre d'un côté de la table, Journaliste de l'autre.

Docteur : En revanche, D'autres ne le sont pas comme

- le diabète
- le cholestérol
- les complications cardio-vasculaires comme les accidents vasculaires cérébraux, les infarctus du myocarde, etc.

Plan 19 : Plans de coupe (Voir split screen) Image de synthèse.

Banque de vidéo. Clip Canvas. Infographie.

Plan 20 : ITW. Psychiatre d'un côté de la table, Journaliste de l'autre.

Docteur : En plus du trouble du comportement alimentaire, il est possible de souffrir de comorbidités,

Banc titre : comorbidités

Psychiatre : de comorbidités ?

Docteur : c'est à dire d'autres troubles associés comme

- la dépression
- l'anxiété
- les troubles du sommeil
- la consommation de produits comme le tabac, l'alcool ou les drogues,
ce qui aggravera, votre état de santé

Dès lors, la maladie s'installe et retentit sur le psychisme avec une hyperémotivité, des variations de l'humeur, une anxiété.

Journaliste : Supposons que je sois malade, quelles vont être les conséquences de ces troubles du comportement alimentaire ?

Psychiatre : Comme je vous le disais au début. Cela va se répercuter sur les différentes sphères de votre vie.

Plan 21 : Idem Seq 3; Plan 3. Plan de coupe motion design sur les sphères. (3 cercles avec B.T) Zoom in sur cercle -familiale-.

Plan 22 : ITW. Psychiatre d'un côté de la table, Journaliste de l'autre.

Psychiatre : La vie familiale est grandement fragilisée, à l'image de ce que vous ressentez. En effet, on sait bien que la vie alimentaire est un moyen d'être réunis, c'est un important vecteur de communication.

Lorsqu'un TCA s'installe, la tentation de s'isoler se fait de plus en plus grande à l'heure des repas. Cet isolement permet d'éviter les conflits avec vos proches.

Plan 23 : Plans de coupe.

Journaliste assise dans un fauteuil isolé. Une famille dîne à table dans la joie et l'euphorie. : remplacé par scène dans le jardin, isolée.

Plan 24 : Idem Seq 3; Plan 3. Plan de coupe motion design sur les sphères.

Zoom out sur cercle -familiale- et Zoom in sur cercle -sociale-

Plan 25 : ITW. Psychiatre d'un côté de la table, Journaliste de l'autre.

Psychiatre : Cet isolement s'étend hors du cercle familial. La vie sociale est fragilisée à son tour. Vous n'avez plus confiance en vous, pensez que vous ne méritez pas la compagnie de vos amis, vous vous isolez, vous renfermez, et voulez éviter toute situation angoissante.

Plan 26 : Plans de coupe. Journaliste sur un banc public seule.

Plan 27 : Idem Seq 3; Plan 3. Plan de coupe motion design sur les sphères.

Zoom out sur cercle -sociale- et Zoom in sur cercle -professionnelle-

Plan 28 : ITW. Psychiatre d'un côté de la table, Journaliste de l'autre.

Psychiatre : Lorsque le trouble s'installe, la vie professionnelle est mise en danger. La fatigue, le ralentissement psychique conduisent à un véritable épuisement. L'intensité des préoccupations alimentaires peut rendre les conditions de travail impossible. Vous concentrer est difficile, l'efficacité est moindre, cela vous rajoute un facteur anxiogène vis à vis de l'entourage professionnel.

Plan 29 : Plan de coupe. Journaliste face-cam, centré, derrière un bureau. Plan taille. Stop-Motion de dossier qui s'empile à sa gauche et à sa droite.

Plan 30 : Idem Seq 3; Plan 3. Plan de coupe motion design sur les sphères.

Zoom out sur cercle -sociale- jusqu'à plan large.

Plan 31 : ITW. Psychiatre d'un côté de la table Journaliste de l'autre.

Journaliste : Ça a une vraie incidence sur ma vie...

Psychiatre : Oui, surtout qu'au-delà de toutes ces descriptions, sachez qu'aucun patient n'a la même maladie qu'un autre, parce que personne ne se ressemble, et cette notion d'individualité dans la maladie est extrêmement importante.

Vous êtes nombreux à souffrir de ces troubles, mais chacun a ses raisons.

Journaliste : Alors comment puis-je m'en sortir ?

Psychiatre : Vous devriez aller au plus vite consulter. Plus vite, vous consulterez, plus vous éviterez que ces troubles ne s'installent et deviennent chroniques.

Cela permettra aussi de réduire vos souffrances psychiques et physiques et cela évitera à votre organisme de se fragiliser. Il faut accepter de l'aide pour vous en sortir.

Plan 32 : Fin d'ITW. Plan moyen. La Journaliste et le Psychiatre se lèvent, se serrent la main. Dialogue debout.

Journaliste : Eh bien, je vous remercie Docteur et j'y vais donc de ce pas. Mais je vais où ?

Psychiatre : Pour trouver la structure de soins adaptée, je vous conseille de prendre des

renseignements par le réseau TA-francilien ou le réseau national AFDAS-TCA ou d'appeler le numéro vert, Anorexie – Boulimie – Info – Ecoute.

Plan 33 : Plan de coupe. Images pages Web des Sites Internet.

<http://www.reseautca-idf.org/>

<http://www.anorexieboulimie-afdas.fr/>

<http://www.anorexieboulimie-afdas.fr/trouver-de-l-aide/permanence-telephonique>

Carte du numéro vert.

Annexe 19. Scénario 2 : « Découvrir les soins »

Synopsis : Comment trouver une structure de soins adaptée en fonction de l'évolution de la maladie : prise en charge initiale : RDV chez un médecin généraliste puis un psychiatre spécialisé en TCA. Description des niveaux de soins (consultations, hospitalisation de jour, hospitalisation à temps plein). La nécessité d'une certaine durée de soins est expliquée ainsi que les notions de guérison et de rémission. Nous insistons également sur l'importance du repérage des rechutes et de leur prise en charge.

Durée : 15 minutes

Introduction/générique.

Séquence 1 Jour/Extérieur devant hôpital.

Plan 1 : Plan taille, Présentation d'émission. Devant l'entrée d'un hôpital.

Journaliste : Bonjour à toutes et à tous, aujourd'hui je vous propose de vous aider à trouver des structures de soins adaptées aux troubles du comportement alimentaire.

Nous avons vu lors du reportage précédent qu'il était important de prendre en charge la maladie rapidement pour éviter une évolution vers une forme chronique.

Nous allons voir ensemble, pas à pas, les différentes étapes de la démarche de soin.

Transition en slide-show

Séquence 2 Jour/Intérieur dans bibliothèque ou bureau avec ordinateur

Plan 1 : Plan moyen sur journaliste en train d'effectuer des recherches sur Internet. Décor bibliothèque.

Journaliste : Alors première étape, comme m'a dit le médecin, rendez-vous sur internet. Je tape AFDAS TCA et me rends sur anorexieboulimie-afdas.fr

Plan 2 : Plan de coupe. Très gros plan sur moteur de recherche de type Google d'un écran d'ordinateur. Les lettres A,F,D,A,S T,C,A, sont tapées dans le moteur de recherche.

Plan 3 : Plan de coupe. Capture écran vidéo de la recherche sur le site-AFDAS-. Ouverture de toutes les fenêtres du site. Idem site-reseau tca francilien- et insert numéro vert.

Voix off journaliste : L'AFDAS-TCA est une association qui regroupe des spécialistes du dépistage, du diagnostic, de la prise en charge, du traitement et de la recherche sur les troubles du comportement alimentaire, ainsi que des représentants

des fédérations et associations de familles et d'usagers. Comme prévu, j'y apprend énormément de chose, notamment sur l'importance de consulter au début, lors de l'installation de la maladie.

Quand ?

Auprès de qui faire le premier pas ?

Sur ces sites, j'apprends aussi qu'il est indispensable d'avoir un environnement adapté pour se libérer de ces symptômes avant qu'ils ne deviennent trop sévères. Un environnement adapté, pour soigner une maladie, c'est bien sûr un professionnel de santé : médecin traitant, psychiatre, pédiatre,...

Plan 4 : Plan moyen sur journaliste en train d'effectuer des recherches sur Internet. Décor bibliothèque.

Journaliste : Je vais donc aller voir mon médecin traitant et regarder de plus près comment ça se passe. Pour ça, je vais servir de cobaye et lui demander de me traiter comme si j'étais atteinte de trouble du comportement alimentaire.

Séquence 3 Int./jour. Devant le cabinet d'un médecin traitant.

Plan 1 : Plan de coupe. Journaliste marche dans la rue, entre dans le cabinet, parle à la secrétaire. Est assise dans la salle d'attente. *A voir en fonction du lieu.*

Séquence 4 Int./jour. Cabinet d'un médecin traitant. Champs/contre-champs.

Plan 1 : Insert sur voix Seq 2, plan 4. Plan large du cabinet du médecin traitant. Journaliste et médecin traitant en position médecin-patient.

Journaliste : Bonjour Docteur.

Médecin traitant : Bonjour Solène. Alors, que puis-je faire pour vous ?

Plan 2 : ITW position médecin-patient.

Journaliste : Je viens vous voir pour une consultation, car je suis allée me renseigner sur différents sites internet et je pense souffrir de troubles du comportement alimentaire.

Médecin traitant : écoutez, je vous félicite d'être venue, ce n'est pas facile de consulter pour ça une première fois.

Journaliste : Oui, j'ai cru comprendre que ce n'était pas forcément très aisé de venir vous voir.

Médecin traitant : Il est fréquent qu'il y ait un certain frein à prendre RDV car vous pouvez ne pas être convaincue d'être malade, avoir honte d'en parler, n'avoir personne pour vous aider ou ne pas vous sentir suffisamment soutenue par votre

entourage. Mais vous êtes venue et c'est ça qui est important, car accepter cette première consultation permet de poser un diagnostic sur votre trouble et vous permettra de vous sentir moins isolée face à ces symptômes.

Journaliste: j'ai vu sur le site de l'AFDAS que l'anorexie mentale commençait souvent dans un contexte de rupture affective. Est-ce que vous pouvez m'expliquer un peu comment se déroule un TCA?

Médecin traitant: Alors, la phase d'installation d'un TCA est progressive, cela commence souvent par une insatisfaction corporelle pour un surpoids réel ou imaginaire. La déstabilisation des habitudes alimentaires coïncide fréquemment avec une circonstance de séparation ou d'éloignement d'un proche.

- par exemple cela peut-être : un éloignement du domicile parental du fait des études, un séjour à l'étranger, le départ ou la disparition d'un proche, une rupture sentimentale ou une histoire d'amour.

Plus particulièrement, en cas d'anorexie mentale, avec l'amaigrissement, cette phase est marquée par une sensation de mieux être en raison d'une valorisation sociale, un sentiment de plus grande confiance en soi. A ce stade, les préoccupations de la vie courante paraissent plus facile donc vous n'avez pas envie de consulter...

Il faut s'inquiéter quand ces changements alimentaires et l'amaigrissement persistent et s'amplifient. Quand le poids, l'alimentation, les calories et le corps deviennent obsédants, quand vous vous isolez, et quand vous n'arrivez plus à en parler à vos proches.

Plan 3 : Insert sur main Journaliste. Insert sur décoration bureau Médecin traitant. A disséminer au montage en fonction du rythme du précédent dialogue.

Plan 4 : ITW position médecin-patient

Journaliste : Maintenant que je suis là, comment ça se passe ?

Médecin traitant : Dans un premier temps, je vais rechercher les risques vitaux et voir s'il y a une situation qui nécessiterait une hospitalisation d'urgence. Aujourd'hui cela n'est pas votre cas. Si l'urgence est écartée, je vais évaluer la gravité de la maladie pour vous orienter vers des soins adaptés.

Plan 5 : Plan de coupe, auscultation de la journaliste par le médecin traitant.

Plan 6 : ITW position médecin-patient

Journaliste : Comment se passe cette évaluation ?

Médecin traitant : Tout d'abord par le dialogue. Par le biais d'entretien. Parfois

plusieurs rencontres sont utiles, elles permettent de créer un lien de communication et de confiance mutuelle. C'est l'occasion d'apprendre à vous connaître et de réaliser des examens complets cliniques et selon le besoin, des bilans sanguins, radiologiques, psychologiques.

Plan 7 : Plan de coupe. Plan large de la discussion médecin-patient.

Plan 8 : ITW position médecin-patient

Ces premiers entretiens visent à définir les caractéristiques de votre maladie, la gravité de vos troubles du comportement alimentaire, l'apparition ou non de complications physiques et/ou psychiques ainsi que l'existence ou non de comorbidités. On va s'intéresser à la place de votre entourage dans votre parcours de soins, et regarder quelle est votre situation géographique par rapport aux différents lieux de soins.

Pour résumer ces entretiens servent à définir le stade de votre maladie et les possibilités de traitement et de prise en charge.

Journaliste : Alors justement, Docteur, comment fonctionnent ces prises en charge ?

Médecin traitant : Il est important de comprendre que dans le traitement des TCA la prise en charge doit être transdisciplinaire.

Banc titre : transdisciplinaire

Journaliste: Transdisciplinaire?

Médecin traitant : C'est-à-dire que plusieurs disciplines médicales ou paramédicales, devront s'accorder pour vous aider dans le traitement des TCA, les répercussions de la maladie s'opèrent dans tous les domaines, d'où la nécessité d'une prise en charge globale.

Plan 9 : Transition au blanc avec le banc titre transdisciplinaire se calant en haut du schéma du plan de coupe. Animation. Reprendre les animations de Sphère familiale, sphère sociale, sphère professionnelle et les lier aux intervenants adéquats.

Plan 10 : ITW position médecin-patient

Médecin traitant : Et, pour que la prise en charge soit efficace, nous devons constituer autour de vous une équipe soutenant qui permet une collaboration sereine et adaptée entre vous et les soignants, les soignants et votre entourage quand c'est possible. Cette collaboration doit être constante et se faire dans une confiance mutuelle entre tous les protagonistes. Une alliance thérapeutique va se construire petit à petit.

Plan 11 : Reprendre l'illustration du plan 9 et l'augmenter. Plan de coupe. Animation.

Equipe soutenante. Alliance Thérapeutique. Animation liant les différents protagonistes. (Psychiatre, psychologue, nutritionniste, ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute, généraliste, infirmière...)

Plan 12 : ITW position médecin-patient

Journaliste : Je comprends bien le principe d'alliance thérapeutique. En revanche, c'est déjà compliqué de trouver un moment dans mon emploi du temps pour venir vous voir... Alors si je dois prendre RDV avec plusieurs personnes...

Médecin traitant : Oui je comprends... Mais on parle de votre santé et votre santé est toujours prioritaire. Il faut comprendre par là que lorsqu'une maladie nous atteint, on finit par ne plus pouvoir faire ce que l'on aime si l'on ne s'occupe pas de sa santé. Laissez-nous et laissez-vous le temps de faire le point sur la prise en charge que nous pouvons vous proposer, et celle que vous désirez. La fréquence et la diversité des rendez-vous varieront en fonction des besoins et de l'évolution de vos symptômes. Vous pourrez avoir des rendez-vous quotidien, hebdomadaire, ou plus espacés encore en fonction de l'évolution de la maladie.

Plan 13 : Trouver des plans de coupe. Dynamiser le montage. Tourner champs/contre champs + plan d'ensemble + plan demi-ensemble. Varier les axes.

Plan 14 : ITW position médecin-patient

Journaliste : Mais je ne vois pas comment je peux m'organiser pour tous ces rendez-vous ?

Médecin traitant : Vous devez déjà choisir un médecin coordinateur des soins, c'est son rôle de coordonner l'ensemble des intervenants qui sont nécessaires pour traiter à la fois, les aspects psychiques, somatiques, nutritionnels, et sociaux. C'est le médecin de votre choix, généraliste, pédiatre, psychiatre... Ce sera votre médecin référent.

Plan 15 : Plan de coupe. Reprendre l'Illustration du plan 11 et ajout animation du banc titre -médecin coordinateur des soins-.

Plan 16 : ITW position médecin-patient

Médecin traitant : Nous allons donc pouvoir commencer la prise en charge. Je vais vous examiner puis vous remettre une ordonnance pour faire un bilan sanguin en ville. Puis je vais vous donner des coordonnées de médecins spécialisés en trouble du comportement alimentaire.

Journaliste : Eh bien c'est parti !

Plan 17 : Plan de coupe musical (Début musique). Médecin traitant donne les

prescriptions, regarde le planning avec journaliste. Médecin traitant et journaliste se disent au revoir.

Séquence 5 Int./jour. Laboratoire d'analyse et bureau psychiatre. Plan de coupe musical (continuation musique).

Plan 1 : Plan de journaliste entrant dans un laboratoire d'analyse (ou autre). Discussions, plan de coupes.

Plan 2 : Journaliste en train de faire des analyses.

Prise de sang. Filmer de façon neutre une infirmière de l'HDJ de Paul Brousse.

Plan 3 : Entrée en split screen (A voir). Entrée dans le cabinet du Médecin référent. Slide du split screen sur bureau du Médecin référent ou hôpital, clinique...

Plan 4 : Plan de coupe journaliste dans bureau du Médecin référent ou hôpital, clinique...

Séquence 6 bureau psychiatre

Plan 1 : ITW position médecin-patient.

Journaliste : Bonjour Docteur, je viens vous voir selon les recommandations de mon médecin traitant, car je souffre d'un trouble du comportement alimentaire.

Médecin référent : Tout à fait, il m'a adressé un courrier pour m'informer de votre venue.

Journaliste : Parfait ! Alors qu'est-ce qui m'attend ?

Médecin référent : Tout va dépendre de la gravité de votre état. Concrètement, il existe 3 sortes de prises en charge possible, 3 niveaux de soins.

Plan 2 : Plan de coupe. Illustration des trois prises en charge. Animation Zoom sur picto approprié pour chaque prise en charge. (Ambulatoire, hôpital de jour, hospitalisation à temps plein, pictos ci-dessous donné à titre d'exemple.)



Plan 3 : ITW position médecin-patient.

Médecin référent : La première est **la prise en charge ambulatoire** c'est à dire en consultation comme vous avez déjà commencé à le faire. Chez un médecin généraliste, un pédiatre, un psychologue, une psychiatre, un nutritionniste, ou un

diététicien. Il existe aussi des associations d'entraide ou des associations de soins destinées aux malades. Car comme votre médecin traitant vous l'a dit la prise en charge est transdisciplinaire. Cette prise en charge ambulatoire sera privilégiée si la maladie est à un stade peu avancé.

Plan 4a : Plan de coupe. Animation d'un planning virtuel qui se remplit de rendez-vous sur 2 semaines. Exemple : Lundi A 19h-20h => Psychologue. Mercredi A 17h-18h => Nutritionniste. Jeudi A 18h30-19h30 => Généraliste. Lundi B 19h-20h => Psychologue.

Plan 4b : Idée plan de coupe. Plaque extérieure de médecin, psychologue, psychiatre, nutritionniste, diététicien.

Plan 4c : Idée plan de coupe. Gros plan sur plaque extérieure d'intervenant avec en arrière plan des personnes qui entrent dans le bâtiment.

Plan 5 : ITW position médecin-patient. (HDJ)

Médecin référent : Si l'on constate que la maladie est à un stade plus avancé, on va combiner ce suivi ambulatoire avec des journées d'hôpital de jour.

Plan 6 : Plan de coupe. Idem plan 17. Dézoom Ambulatoire jusqu'à cadrer Ambulatoire + HDJ (Voir pictos ci-dessous donné à titre d'exemple.) puis apparition du « + » puis Zoom sur HDJ,



Plan 7 : ITW position médecin-patient. (HDJ)

Médecin référent : Ces journées d'hospitalisation servent à sortir d'un isolement parfois imposé par la maladie, à soulager les tensions familiales par une séparation temporaire et à réorganiser votre temps perturbé par les préoccupations alimentaires. La fréquence des journées est décidée avec vous et le responsable de l'HDJ.

Plan 8 : Plan de coupe. Pancarte « Hôpital de Jour ».

Plan 9 : ITW position médecin-patient. (HDJ)

Médecin référent : La prise en charge en hôpital de jour en alternance avec des consultations en ville peut permettre d'aller mieux. Si cela n'est pas le cas, elle peut être temporaire, afin de préparer une hospitalisation à temps plein.

Plan 10 : Plan de coupe. Montage Illustration : Pancarte « Hôpital de Jour » + plaque d'intervenant.

Plan 11 : ITW position médecin-patient.

Journaliste : une hospitalisation à temps plein, ça fait peur...

Plan 12 : ITW position médecin-patient. (HTP)

Médecin référent : Il ne faut pas. Lorsque les troubles du comportement alimentaire sont trop compliqués à traiter à la maison, une hospitalisation à temps plein est mise en place avec vous. C'est une prise en charge plus intensive proposée afin de mettre en œuvre plus facilement les différents moyens thérapeutiques dont on dispose. L'hospitalisation à temps plein est envisagée avant d'en arriver à l'épuisement psychique ou physique.

Plan 13a : Plan de coupe. Idem plan 17 et 21. Dézoom HDJ puis Zoom HTP.

Plan 13b : Plan de coupe. Pancarte Unité de soin spécialisée, Médecine Interne, Pédiatrie, service de Psychiatrie Générale

Plan 14 : ITW position médecin-patient. (HTP)

Médecin référent : En dehors de situations d'urgence, cette hospitalisation sera discutée avec vous et votre famille, et le médecin référent. Cette hospitalisation permet des soins intensifs et se prépare idéalement au travers d'entretien d'information, de discussion du projet de soins. Votre médecin référent conservera son rôle et sera en lien fréquent avec l'équipe d'hospitalisation. (*supprimé pour raison technique : par des réunions, des courriers, des appels téléphoniques*).

Avant d'être hospitalisée, vous pourrez visiter avec votre famille le service qui vous accueillera et rencontrer les équipes qui vous accompagneront. Le temps de préparation est un temps privilégié de la prise en charge.

Si vous avez besoin d'être à l'hôpital... vous ne serez de fait plus en famille. Cette séparation devra être aménagée pour que vous et votre famille puissiez le supporter.

Plan 15 : Plan de coupe ? Discussions de groupe. Animation 2D.

Plan 16 : ITW position médecin-patient.

Journaliste : Ma famille pourra bénéficier d'aide ?

Médecin référent : L'entourage aussi sera accompagné dans cette hospitalisation: c'est une épreuve pour tout le monde! Il existe des groupes de parents, des thérapies familiales. On peut proposer des entretiens médicaux avec vos proches, bien sûr en votre présence. Je vous encourage vivement à y réfléchir.

Plan 17 : Plan de coupe. Groupe de parents, thérapies familiales, entretiens.

Plan 18 : ITW position médecin-patient. (HTP)

Journaliste : Comment va se passer une journée?

Médecin référent : De la même manière qu'en hôpital de jour, vous serez accompagnée et entourée par des soignants que vous pourrez solliciter à tout moment. Les journées seront rythmées de façon à alterner les activités thérapeutiques et les temps de repos.

Journaliste : ça dure longtemps une hospitalisation?

Médecin référent : Tout va dépendre de votre état de santé. On peut envisager l'hospitalisation de plusieurs façons: elle peut être bénéfique sur une durée de plusieurs semaines, mais il est aussi possible d'avoir besoin d'hospitalisations courtes.

Vous pouvez être hospitalisée seulement de nuit : cela vous permet, si cela reste possible sur le plan physique et psychique d'aller travailler ou de poursuivre vos études pendant la journée.

En fin de prise en charge hospitalière, on pourra programmer des sorties d'hospitalisation de quelques jours afin de reprendre contact progressivement avec le monde extérieur.

Au terme de la prise en charge, des hospitalisations de quelques jours pourront être décidées pour faire le point de façon plus approfondie qu'en consultation et vous soutenir contre le risque de rechute.

Toutes les études montrent que votre pronostic s'améliore avec les soins. Il faut savoir accepter des soins de qualité et d'une durée suffisamment longue.

Plan 19 : Plan de coupe. Illustration du texte. Hôpital, accompagnement, soignant, malade. (plans de coupes non-utilisés de la partie 3, ergothérapie, relaxation, cuisine...)

Plan 20 : ITW position médecin-patient. (Phase de rémission)

Journaliste : Combien de temps va durer la prise en charge ?

Médecin référent : Que cela soit en hospitalisation ou en consultation régulière, l'objectif sera de contrôler vos symptômes. Une fois leur contrôle obtenu, vous allez entrer dans une phase de rémission pendant laquelle un suivi régulier doit être maintenu afin de pouvoir consolider les changements, prévenir le risque de rechute et de chronicisation. Il est donc recommandé que les soins hospitaliers, si vous en avez bénéficié, soient relayés par des soins en hôpital de jour ou en consultation car on ne

sort pas guéri.

Banc titre : phase de rémission.

Plan 21a : Plan de coupe

Plan 21b : Idem plan 13a mais inversé.

Plan 22 : ITW position médecin-patient. (Phase de rémission)

Journaliste : C'est quoi précisément la phase de rémission ?

Médecin référent : La rémission se définit par le fait de pouvoir avoir conscience de sa maladie, parvenir à normaliser ses comportements alimentaires, son poids et son activité physique. Être en rémission vous permettra de reprendre normalement votre scolarité ou votre activité professionnelle, d'établir des relations amicales nouvelles, d'améliorer les relations avec votre famille, de concrétiser un projet d'autonomie : nouveau logement, voyage, être amoureux.

Plan 23a : Plan de coupe. Devant un immeuble de bureau. Des personnes se font la bise le matin.

Plan 23b : Plan de coupe. Journaliste ou quelqu'un à table avec sa famille. Tout le monde sourit, tout se passe bien.

Plan 23c : Illustration de chaque élément du plan 22.

Plan 24 : ITW position médecin-patient. (Guérison)

Journaliste : Vous avez dit qu'on ne sort pas guéri ?

Médecin référent : Effectivement, vous vous sentirez guérie lorsque vous n'aurez plus à lutter quotidiennement contre la maladie. Vous aurez le sentiment d'être libérée de vos symptômes. Cela correspond au fait de maintenir une rémission complète pendant plusieurs mois. Malheureusement, parfois la rémission n'est pas complète. Il persiste quelques symptômes qui peuvent être gênants au quotidien et qui impliquent que votre prise en charge thérapeutique soit maintenue. Des symptômes peuvent également réapparaître. Votre médecin référent est là pour vous aider à repérer les signes de rechute et proposer des soins adaptés. Il vous aide à rester vigilant.

Plan 25 : Plan de coupe. Repiquer des rushs de la séquence 4.

Plan 26 : ITW position médecin-patient. (Vigilance)

Journaliste : Je ne suis plus malade, mais je dois rester vigilant ?

Médecin référent : oui, il y a des périodes de la vie où chacun peut être plus vulnérable, c'est une chose normale. Mais c'est là qu'il faut apprendre à être vigilant : les symptômes alimentaires peuvent s'installer à nouveau: vous pouvez par exemple

vous peser à nouveau tous les jours alors que depuis des mois vous n'y pensiez plus, puis d'autres signes s'ajouteront, vous allez faire plus de sport, arrêter de mettre des matières grasses pour cuisiner, être angoissée au moment des repas et la rechute sera là.

(supprimé pour raison technique :

Journaliste : *Tout cela me paraît maintenant plus clair maintenant. Les différents niveaux de soins sont liés à la gravité de mon état de santé, au stade de mon trouble alimentaire et aux étapes que je vais franchir pour combattre cette maladie.*

Plan 27 : *Plan de coupe. Vu d'un schéma global des différents niveaux de soins en fonction de la gravité.*

Plan 28 : *ITW position médecin-patient.*

Médecin référent : *Il existe en effet différents niveaux de soins qui s'articulent entre eux, suivant une logique d'accompagnement vers la guérison et peuvent changer tout au long de votre prise en charge en fonction de votre état de santé.*

Journaliste : *Bon et bien je pense que j'ai bien tout compris. Vous voulez bien être mon médecin référent?*

Médecin référent : *oui, bien sûr.*

Journaliste: je vais donc pouvoir commencer mon parcours de soins.

Médecin référent: En réalité, en venant voir votre médecin traitant, vous l'avez déjà commencé. J'ai ici avec moi, les résultats de vos analyses qu'elle m'a adressés et nous allons réfléchir à une prise en charge adaptée pour vous.

Plan 29 : *Plan de coupe. Gros plan sur dossier d'analyse.*

Plan 30 : *ITW position docteur-patient.*

Médecin référent : *voilà une liste de structures, vous pouvez commencer à vous renseigner à tête reposée. Nous nous revoyons dans quelques jours. Et surtout si vous avez des questions n'hésitez pas à me contacter, nous en discuterons ensemble.*

Plan 31 : *Journaliste et Médecin référent debout. Journaliste sur le départ.*

Journaliste : *Super, merci beaucoup de m'avoir reçue Docteur.*

Plan 32 : *Plan de coupe de la journaliste qui sort. Se balade dans la rue. Le plan 31 commence en voix off sur plan 30 voir plan 29.*

Plan 33 : *Journaliste assis sur un banc d'un parc la feuille à la main.*

Journaliste : *Voilà on arrive au terme de cette émission j'ai reçu beaucoup*

d'informations aujourd'hui concernant le parcours de soins. Je me rends compte qu'il n'est pas possible de rester seul face à cette maladie. Je pense qu'il va me falloir un peu de temps pour bien assimiler tout ça et après j'irais bien visiter les endroits sur cette liste !

Introduction/générique.

Annexe 20. Scénario 3. « Personnaliser son parcours de soins ».

Synopsis : Présentation des soins avec leurs objectifs de prise en charge, illustrée d'interview en suivant une semaine fictive de prise en charge.

Durée : 7 minutes

Introduction/générique.

Séquence 1 Ext./jour. Devant cabinet psychiatre.

Journaliste: Bonjour à toutes et à tous, bienvenus dans le dernier épisode des troubles du comportement alimentaire.

Comme nous l'avons dit lors des deux précédents épisodes, les troubles du comportement alimentaire nécessitent une prise en charge transdisciplinaire, globale et rapide, coordonnée par un médecin référent, car c'est une maladie pernicieuse et grave qui peut se chroniciser facilement. Je vais donc voir mon médecin référent pour commencer le parcours de soin.

Séquence 2 Int./jour. Cabinet psychiatre. Champs/contre-champs.

Plan 1 : Plan de coupe. Journaliste – Ergothérapeute. Accueil. (Bonjour, serrage de main)

Plan 2 : ITW. Position Médecin-patient. Médecin référent – Journaliste.

Journaliste : Alors docteur, comme va se passer mon parcours de soin ?

Médecin référent : Les différents lieux de soins où vous allez vous rendre auront tous les mêmes objectifs c'est à dire prendre en charge l'ensemble des domaines atteints par votre trouble du comportement alimentaire.

Les quatre objectifs sont nutritionnels, somatiques, psychiques et sociaux.

Plan 3 : Plan de coupe. Animation visuelle des 4 objectifs puis zoom sur **Objectifs nutritionnels**.

Objectifs	Objectifs	Objectifs	Objectifs
Nutritionnels	Somatiques	psychiques	sociaux.

Plan 4 : ITW. Position Médecin-patient. Médecin référent – Journaliste.

Médecin référent : Sur le plan nutritionnel, il s'agit de réapprendre les schémas alimentaires : rythme régulier des repas, diversification des aliments. La quantité des repas doit être adaptée à votre état physiologique.

En cas d'anorexie, l'objectif est d'arrêter la perte de poids puis de restaurer un poids normal pour votre taille et pour votre âge : c'est la phase de renutrition. Cet objectif de poids sera discuté avec vous et avec votre médecin.

En cas de boulimie, l'objectif est d'arrêter les crises et de pouvoir réintroduire les aliments déclencheurs des crises.

Les objectifs nutritionnels, selon la gravité, seront pris en charge par un médecin généraliste, un médecin nutritionniste, une diététicienne, un médecin spécialisé en réanimation nutritionnelle, etc. Le suivi est régulier, en ambulatoire ou en hospitalisation.

Plan 8 : Plan de coupe de la partie repas thérapeutique et atelier cuisine.

Plan 9 : Plan de coupe. Animation visuelle zoom sur **Objectifs somatiques**.

Plan 10 : ITW. Position Médecin-patient. Médecin référent – Journaliste.

Journaliste: et les objectifs somatiques ?

Médecin référent : Les troubles alimentaires ont des répercussions sur votre corps. Un médecin impliqué dans votre prise en charge va évaluer les complications médicales, surveiller votre poids et votre état nutritionnel. Il est important que cette surveillance soit très régulière, car il existe des risques graves qui ne doivent pas être négligés.

Des bilans sont donc prescrits lorsqu'il y en a besoin : par exemple des prises de sang, un électrocardiogramme, des examens pour évaluer la densité osseuse. Vous serez orientée vers un spécialiste lorsque c'est nécessaire. La fréquence et la nature de la surveillance seront adaptées en fonction de l'état de votre santé. Pour les femmes, un suivi gynécologique prenant en compte le trouble alimentaire sera important à mettre en place. J'assurerai en tant que médecin référent la cohérence des différents soins si plusieurs intervenants sont sollicités.

Plan 11 : Plan de coupe de la partie hôpital de jour – Infirmière.

Plan 12 : Plan de coupe. Animation visuelle dézoom puis zoom sur **Objectifs psychiques**.

Plan 13 : En parallèle des axes nutritionnel et somatique de la prise en charge, une psychothérapie est associée.

C'est tout d'abord une psychothérapie de soutien lors des consultations régulières pour :

- vous accompagner dans les soins,
- reconnaître les différents signes de la maladie,
- vous aider à retrouver des comportements normaux.

Journaliste: Dans ces consultations de soutien, je dois venir seule ou avec ma famille ? Parce que vous me parliez de la place de l'entourage tout à l'heure mais moi je n'aurais pas très envie que ma mère vienne !

Médecin référent : Vous aurez besoin de trouver un endroit à vous, où vous pourrez partager certains éléments personnels ou privés et dans laquelle votre intimité sera acceptée et respectée, en particulier vis-à-vis du secret médical.

Vous pouvez y venir seule, mais on aime rencontrer l'entourage une fois de temps en temps, ça peut apporter beaucoup à chacun des membres de la famille, c'est une réflexion qui va mûrir par l'intermédiaire des soins.

Journaliste: oui, c'est vrai, ça fait réfléchir...

Médecin référent : Justement, ces consultations sont un moment de prise de distance avec la famille par l'intermédiaire de la mise en place des soins . Les problèmes que vous rencontrez ne reposeront plus uniquement sur votre entourage qui est souvent en difficulté pour vous aider. Vous verrez que petit à petit vous allez pouvoir acquérir une certaine autonomie.

Plan 14 : Plan de coupe. Animation visuelle zoom sur **Objectifs sociaux**.

Plan 15 : ITW. Position Médecin-patient. Médecin référent – Journaliste.

L'objectif est de vous accompagner dans les démarches administratives, sociales, financières. Par exemple, sachez qu'il est possible de mettre en place une prise en charge des soins à 100% par l'intermédiaire de votre médecin traitant. Des rendez-vous avec une assistante sociale peuvent être organisés pour faire un bilan social et vous aider dans les démarches administratives telles que l'aide au logement, la couverture sociale, etc. Sur le plan professionnel, des aménagements avec la médecine du travail peuvent être prévus. Sur le plan scolaire, en cas d'hospitalisation prolongée, des aides existent comme l'organisation de cours par des enseignants de l'Éducation Nationale ou d'associations spécialisées dans l'accompagnement scolaire. Des structures adaptées comme les Soins-Etudes peuvent aussi être proposées.

Plan 16 : Plan de coupe. Animation.

Plan 17 : Plan de coupe. Insert, Fondation Santé des étudiants de France. Soins-

Etudes. Logo + site.

Plan 18 : ITW. Position Médecin-patient. Médecin référent – Journaliste.

Médecin référent : Pour mettre en pratique ces objectifs piliers de votre prise en charge, des soignants et bénévoles préparent des ateliers thérapeutiques, dans les différents lieux possibles de votre suivi. Ces ateliers, utilisant différents outils, sont donc des ateliers à médiations.

Plan 19 : Plan de coupe. Animation titre Ateliers à médiation + Objectifs nutritionnels, psychologiques, sociaux



Plan 20 :

Médecin référent: Vous m'avez dit avoir pris contact avec une association et commencé des ateliers là-bas. Pour renforcer votre prise en charge, des journées d'hôpital de jour en unité spécialisée de TCA vont être importante pendant quelque temps.

Plan 21 : Caméra sur Journaliste qui tourne la tête face caméra pour lui parler.

Journaliste : Allons voir de plus près comment se passe la prise en charge pour intégrer ces objectifs.

Médecin référent : Regardons ensemble comment s'organise votre semaine :

Le lundi midi, vous continuez le repas thérapeutique dans l'association. Deux journées d'hôpital de jour les mercredi et vendredi. Vous avez décidé de débiter une thérapie familiale, et vos rendez-vous sont les premiers jeudis de chaque mois. Qu'est ce que vous en pensez ?

Journaliste : C'est beaucoup, mais je crois que c'est nécessaire lorsque la maladie s'installe. Par contre, je n'arrive pas à me représenter les journées d'hôpital de jour, comment tous ces rendez-vous médicaux, comment tous ces ateliers peuvent s'articuler ?! Comment choisit-on son planning ?

Médecin référent : Les sessions sont programmées à l'avance, leur fréquence est définie le médecin responsable de l'Hôpital de jour et vous. Les ateliers sont

proposés en fonction de votre état psychologique et physique. Par exemple, vous ne pourrez pas faire de sport si votre poids est trop faible car cela serait trop dangereux et empêcherait une reprise de poids. Vous pourrez reprendre selon l'indication de l'équipe médicale.

Regardons ensemble votre planning. Vous êtes prête ?

Journaliste : C'est parti.

Médecin référent : Alors, nous allons commencer par un repas thérapeutique le lundi midi dans l'association de soin.

Séquence 3 : Animation Motion design. Planning semaine. Maquette planning :

Séquence 4 : Int./jour. **Association ENDAT.**

Plan 1 : Insert animation planning. Lundi – 12h – Repas thérapeutique.

Plan 2 : Plan de coupe. Journaliste – Chantal. Accueil. (Bonjour, serrage de main)

Journaliste: Bonjour, je viens pour mon repas thérapeutique, vous pouvez m'en dire plus sur les associations comme la vôtre?

Chantal: Oui,

Journaliste : On peut venir vous voir sans rendez-vous ici?

Chantal : ça dépend des associations ! Nous demandons aux patients d'être suivi pour leur TCA par un médecin.

Journaliste : merci Chantal, je vais voir Pauline, la diététicienne pour mon repas thérapeutique

Plan 3 : ITW, position patient-Médecin pendant repas thérapeutique. Journaliste fais le repas thérapeutique avec le Médecin ?

ITW Pauline.

Déroulement d'un repas thérapeutique.

Journaliste : Bonjour Pauline, vous pouvez m'expliquer les repas thérapeutiques?

Pauline: Les repas thérapeutiques sont souvent des repas pris en groupe avec d'autres patients, les soignants peuvent partager le repas avec vous. Ils peuvent se dérouler selon plusieurs modes selon vos difficultés, chaque association, chaque service hospitalier en proposant des modalités différentes. Il est parfois proposé de prendre un repas seul avec un soignant afin de lutter contre l'anxiété ou afin de prendre conscience plus finement de vos comportements alimentaires à table. En groupe ou en individuel, ces repas permettent d'évaluer vos progrès quantitatifs et qualitatifs. Ces repas avec les soignants sont également l'occasion de retrouver la fonction

sociale des repas, la convivialité, la capacité à communiquer. Par exemple, on peut proposer un repas à thème : on donne le thème une semaine à l'avance et chacun rapporte des anecdotes en rapport. Cela permet d'échanger, et de se décentrer de la nourriture.

Journaliste : est-ce qu'il existe d'autres ateliers directement en lien avec l'alimentation ?

Pauline: Oui bien sûr. Il est important de préparer les repas pris à l'extérieur. Pour cela, des ateliers cuisine sont souvent proposés. On réapprend en groupe à faire un menu, les courses, la cuisine.

Séquence 5 : Int./jour. MERCREDI - Hôpital de jour. Infirmière.

Plan 1 : Insert animation planning. Mercredi Hôpital de jour.

Voix off Médecin référent : mercredi vous allez avoir votre première journée d'hôpital de jour.

Plan 2 : Plans de coupes. Journaliste entrant dans hôpital. Accueil infirmière. Jusqu'à bureau infirmière.

Plan 3 : Int. /jour. Bureau infirmière.

Journaliste : Alors comment se passe une journée en Hôpital de jour.

Infirmière : Je vais prendre vos constantes (pouls, tension), mesurer la glycémie à jeun en cas de risque d'hypoglycémie, prélever un bilan sanguin et vous demander de vous peser si cela a été prescrit. Une collation peut être proposée pour certains d'entre vous. Ce temps d'accueil sera privilégié pour vous, je serai à votre écoute, vous pourrez échanger avec nous sur les faits marquants de votre quotidien, vos difficultés depuis la dernière journée, vos progrès par rapport aux objectifs fixés. Parfois, il est difficile de partir de chez soi le matin, c'est l'occasion d'en parler et d'essayer de trouver des solutions.

Journaliste : Donc je vois le planning : le matin, on peut avoir relaxation ou gymnastique douce. C'est quoi la gymnastique douce ?

Séquence 6 : Int./jour. MERCREDI(9h30) – Hôpital Paul Brousse, Villejuif, Michel Brotfeld, kinésithérapeute,

Plan 1 : Insert animation planning. Mercredi - 9h30 - atelier relaxation.

Plan 2a: Plan de coupe sur kinésithérapeute – Journaliste.

Voix off infirmière: C'est un kinésithérapeute qui propose, par cette médiation corporelle, un réapprentissage de la pratique d'une activité physique et sportive

adaptée à votre état psychique et physique. Cela permet de vous aider à gérer une éventuelle hyperactivité et de vous accompagner dans les différentes étapes du changement corporel induit par la réalimentation. C'est une aide au contrôle des manifestations physiques et psychosomatiques de l'anxiété.

Plan 2b : Interview libre kinésithérapeute.

Journaliste : Maintenant, allons voir la relaxation !

Kiné : 00.28: Donc par le biais de la relaxation on obtient deux choses: c'est la détente musculaire, le relâchement musculaire. On observe que quand le corps s'apaise, se détend, ça a toujours de façon plus ou moins intéressante et importante une action sur le psychisme. Le muscle se relâche, la pensée s'apaise. 00.47

00.55: La détente du corps, ça va passer aussi par une prise de conscience du corps. Et on observe que souvent les gens atteints de TCA ont une très mauvaise connaissance de leur corps, ont une visualisation de lui totalement erronée. Et le fait de fonctionner en deux étapes, c'est à dire commencer par une séance de recherche de relaxation par le mouvement en changeant de position et en travaillant sur les appuis, la respiration puis le fait de provoquer par des étirements des petites tensions musculaires qu'il faut supprimer, réduire, ça les habitue à se concentrer sur différentes zones, à travailler dessus, à mieux les percevoir. Donc par ce biais, c'est possible d'obtenir ce résultat: la détente physique et psychologique. 01.49

Plan 3 : Plans de coupe de l'atelier

Plan 4 : Int./jour. Bureau kinésithérapeute.

Journaliste : la relaxation c'est pas si simple, j'ai eu beaucoup de mal à me laisser aller, et à faire confiance, je pense qu'il va falloir que je travaille là-dessus, et que j'y retourne !

Séquence 7 : Int./jour. **MERCREDI - Hôpital de jour – Repos. (13h)**

Plan 1 : Insert animation planning. Mercredi Hôpital de jour, de 13h à 14h30.

On voit des horaires sur lesquels l'animation de s'arrête pas.

10h30 : rdv diététicienne

12h : repas thérapeutique

Voix off infirmière : A 13h, vous avez un temps de repos dans le salon des patients : après le repas, un temps calme, de repos est important, quelque soit le trouble alimentaire. L'anxiété peut être intense, l'hyperactivité peut être compliquée à

contrôler. Il faut demander de l'aide aux soignants chaque fois que vous en avez besoin.

Plan 2 : Plan de coupe salon des patients. Sans patients, juste journaliste.

Séquence 8 : Int./jour. **Thérapie familiale. JEUDI**

Plan 1 : Insert animation planning. Jeudi – thérapie familiale.

Voix off Médecin référent : Après cette journée en hôpital de jours. Vous aurez thérapie familiale le jeudi à 18h.

Plan 2 : Plan de coupe. Journaliste – thérapeute. Accueil. (Bonjour, serrage de main)

Plan 3 : *ITW non réalisée.* Position patient-Médecin.

Journaliste : En quoi ça consiste la thérapie familiale ? Comment sait-on que c'est utile ? Toute la famille doit venir ? Si certains ne veulent pas ?

Médecin référent: Cela veut dire que c'est proposé à tous les membres de la famille.

L'ensemble du système familial est pris en considération. Les objectifs sont donc

- de redéfinir les espaces des différents membres de la famille,
- de repréciser les limites entre les générations,
- de vous soulager ainsi que votre famille des sentiments de culpabilité et de honte pour renforcer les ressources d'aide que chaque famille possède.

Séquence 9 : Int./jour. VENDREDI- **Hôpital de jour – Salle d'ergothérapie. Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale, CH Sainte Anne. Paris 14. Charline Vermeersch.**

Plan 1 : Insert animation planning. mercredi Hôpital de jour –

On voit des horaires sur lesquels l'animation de s'arrête pas.

Plan 2 : Plans de coupes. Journaliste entrant dans hôpital.

Voix off Médecin référent : Et pour finir la semaine vous aurez une deuxième journée d'hôpital de jour.

Plan 3 : Insert animation planning. Vendredi – 14h30 - atelier ergothérapie.

Voix off infirmière: A 14h30, vous avez un atelier d'ergothérapie.

Plan 4 : Plan de coupe. Journaliste – Ergothérapeute. Accueil. (Bonjour, serrage de main)

Plan 5 : ITW libre ergothérapeute. Position patient-Médecin.

Journaliste: Alors en quoi consiste cet atelier ?

Exemple : ergothérapeute : *Vos compétences créatives et expressives sont explorées afin de favoriser l'investissement ou le réinvestissement d'occupations qui vous sont propres et qui sont en lien direct avec ces compétences. Plusieurs activités*

spécifiques, seul ou en groupe, sont proposées en fonction de votre maladie.

Plan 6: Plan de coupe. Sortie journaliste. (Au revoir, serrage de main...)

Séquence 10 : Psychothérapie : Vendredi

Médecin référent: Nous avons parlé tout à l'heure de la thérapie de soutien, pour vous soutenir à toute étape de votre maladie. Mais il existe d'autres types de psychothérapies plus spécifiques. Il y a des thérapies qui peuvent être d'orientation psycho dynamique. C'est une aide pour la compréhension des symptômes, cela permet de replacer les TCA dans votre histoire personnelle en vous intéressant aux aspects plus intimes de votre fonctionnement.

Journaliste: Ah d'accord, c'est un moyen pour moi de savoir comment la maladie fonctionne et de comprendre pourquoi j'exprime ma souffrance de cette manière ! Et les thérapies cognitivo-comportementales, qu'est-ce que c'est ?

Interview libre Luis VERA, Psychologue. Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale, CH Sainte Anne. Paris 14.

exemple : Elles agissent à plusieurs niveaux : émotions, pensées, comportements, pour bien en comprendre les enjeux. Cela va vous permettre de mieux gérer votre capacité à vous affirmer, de mieux être en relation avec les autres, travailler sur l'anxiété, et vous réapproprier une image positive de votre corps.

Journaliste : comment choisit-on un type de psychothérapie ?

Médecin référent: Le choix de la psychothérapie est fait en fonction de vous, de votre entourage, de votre âge, de votre motivation et du stade d'évolution de la maladie. En cas d'anorexie mentale par exemple, le poids devra être suffisant afin de pouvoir permettre une psychothérapie adaptée.

Journaliste : j'ai entendu parler de groupe de parole , c'est quoi exactement?

Médecin référent : Les psychothérapies individuelles peuvent être complétées par des groupes de paroles. Les groupes de parole c'est un autre moyen de s'exprimer, sur son ressenti par rapport à la maladie, de comprendre que d'autres personnes peuvent vivre la même chose que vous, patients ou famille et puis de partager, d'échanger, d'adopter un autre angle de vue.

Séquence 12 : Int./jour. Mercredi - Hôpital de jour – Hôpital Paul Brousse, Villejuif , atelier d'expressivité corporelle. Lætitia Cottin, psychomotricienne.

Plan 3 : Plans de coupe atelier psychomotricienne.

Interview libre Psychomotricienne :

exemple : C'est un atelier dispensé par une psychomotricienne. Il favorise une réappropriation des sensations et des perceptions corporelles. C'est un accompagnement utile pour intégrer les modifications corporelles qui surviendront au cours des soins. Cela passe par un travail sur le contrôle des mouvements, sur les limites du corps et la gestion de l'espace, dans une ambiance relaxante. C'est également un outil pour le contrôle de l'hyperactivité.

Plan 4 : Plans de coupe de l'atelier

Séquence 16 : Int./jour. Devant hôpital (ou marchant dans la rue). Face caméra.

Journaliste : Cela fait de belles semaines. Bien évidemment, je ne ai pas fait tous les ateliers il y en a trop pour tous les passer en revue, ils varient d'un lieu de soin à l'autre, en fonction des compétences de chaque équipe, des bénévoles qui donnent de leur temps. On peut citer encore les ateliers de couture, de soins esthétiques, de photo. Par l'intermédiaire de ces ateliers, il s'agit de réaliser un travail sur la représentation du corps, sur l'image sociale et ses implications dans vos relations aux autres. Ils permettent un accompagnement des modifications du corps liées à la reprise de poids, une élaboration de la problématique de la féminité ! Je m'arrête là dans les exemples et j'espère que vous avez compris les bénéfices qu'ils peuvent apporter.

C'est donc la fin de cette émission, il ne me reste plus qu'à vous souhaitez le meilleur et à vous dire à bientôt.

Générique fin : cartographie, adresses, etc...

Annexe 21. Appel à projet Fondation de France mai 2011.



Dossier de demande de subvention

Programme Santé des jeunes 2011
Soigner les conduites anorexiques et boulimiques
Coordonner les parcours de soin - Associer les familles

L'organisme demandeur

Identification du demandeur

Nom (dénomination développée et sans abréviation) :

Docteur Damien RINGUENET et Christine VINDREAU.

Unité de prise en charge des Troubles des conduites Alimentaires – Service de Psychiatrie et d'Addictologie – Hôpital Universitaire Paul Brousse – Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

Sigle : **AP-HP**

Date de création de la structure :

Adresse : **12 avenue Paul Vaillant Couturier**

Code postal : **94804**

Ville : **Villejuif**

Téléphone : **01 45 59**

Courriel :

Nom du Directeur ou responsable : **Madame Helene JACQUES**

Statut juridique du demandeur

Quel est le statut juridique de la personne morale, qu'il s'agisse de vous-même ou de votre organisme de rattachement (association, collectivité territoriale, établissement public, autre... ?) :

Établissement public de santé

LE PROJET

Titre :

« Réalisation d'un support audiovisuel sur les soins des conduites anorexiques et boulimiques en unité spécialisée : informations sur le parcours de soin des patients et des familles, et formation des professionnels de santé »

Nom du responsable : **Docteur Damien RINGUENET et Christine VINDREAU**

Téléphone : **01 45 59**

Courriel :

Coût total du projet : **9266.61 €**

Montant de la subvention sollicitée : 9000 €

Aide au démarrage de l'action

Aide au développement de l'action

Affectation précise et détaillée de la subvention : Création d'une vidéo : pré-production, tournage, post-production, duplication

Comment avez-vous eu connaissance de cet appel à projets ?

Fondation de France : site internet courriel courrier postal

Media ou site internet, lequel ?

Tête de réseau / Fédération / Autre organisme, lequel ? : **Réseau TCA Francilien**

Autre (préciser) :

L'ORGANISME (maximum 1 page)

Objet statutaire Hôpital Universitaire Paul Brousse – Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

Quels sont vos grands principes d'intervention ? Regroupement des Hôpitaux Universitaires Paris Sud

Décrivez vos activités générales

Nature et volume des activités ; publics concernés ; territoire(s) couvert(s) ; établissement(s) géré(s) s'il y a lieu; agrément de l'établissement...

Nous disposons d'une unité spécialisée de prise en charge des troubles des conduites alimentaires permettant l'accueil de patients anorexiques et boulimique à partir de 16 ans et sans limite d'âge. Nous disposons d'une unité d'hospitalisation à plein temps de 16 lits, d'un hôpital de jour spécialisé de 8 places et de consultations multidisciplinaires. Notre activité est la plus importante de l'AP-HP pour ces pathologies des TCA.

Etats financiers, indicateurs et commentaires

Si le projet est présenté par l'un des services d'une très grosse organisation (Etat, collectivité publique, hôpital, université, grande institution,...), ne pas produire les comptes d'ensemble de l'organisation mais uniquement ceux du service ou de l'établissement dans lequel sera menée l'action.

Compte de résultat 2010 et budget prévisionnel 2011

Tableau rempli selon la Nomenclature de la comptabilité hospitalière M21

N° cpte	CHARGES / Dépenses	2010* Bicêtre	2010 Paul Brousse	N° cpte	PRODUITS / Recettes	2010* Bicêtre	2010 Paul Brousse
60,61, 62	Achats, services extérieurs	2,218,589	1,946,884	73	-Dotation annuelle de financement - Produits activité hospitalière -MIGAC(mission d'intérêt général) /MERRI (mission d'enseignement, recherche,référence, innovation)	6,666,354 555,000 475,573	8,346,185 880,287 769,851
64	Charges de personnel	3,739,984	5,422,809	70 74	Ventes produits et services Subventions de fonctionnement acquises		
68	Dotations aux amortissements et aux provisions et/ou fonds dédiés	1,455,000	2,605,458		Reprise sur amortissements et provisions et/ou fonds dédiés		
	- Total charges				Total produits		
	Résultat (excédent)	283,354	21,172		Résultat (déficit)	21,617	
	- TOTAL	7,413,573	9,975,151		- TOTAL	7,696,927	9,996,323

* à défaut de disposer des données de l'année 2010, indiquez les données de l'année 2009

Appréciation des contributions en nature :

Précisez, le cas échéant, les différents postes et, si possible, leur chiffrage en valeur monétaire pour l'année n-1 et/ou l'année n.

1. Bénévolat (nombre d'heures sur l'année) :
2. Dons en nature (locaux, équipement, marchandises, services) :.....

Bilan au 31/12/2010

LE PROJET

Résumé du projet (maximum 3 lignes)

Réalisation d'un support audiovisuel décrivant les soins des troubles des conduites alimentaires dans une unité spécialisée de référence. Les objectifs sont l'information sur le parcours de soin des patients et des familles, et la formation des professionnels de santé à ce type de prise en charge.

1.Contexte et diagnostic

1.1 Exposé du contexte local et des besoins qu'il révèle

Quel est le territoire du projet ?

Dans quel contexte s'inscrit-il ?

Quels sont les besoins auxquels votre projet entend répondre ?

Comment le projet est-il né ? Qui en a eu l'idée ?

Territoire :

- Le projet de support audiovisuel est destiné localement aux patients et aux familles pris en charge dans notre service.
- Il pourra être communiqué aux différents partenaires de santé du bassin de vie (médecins généralistes, nutritionnistes, autres services de soins spécialisés...) afin de faciliter le repérage du parcours de soins des patients anorexiques et boulimiques.
- Il pourra être utilisé comme outil de formation des professionnels de santé et diffusé au niveau régional et national (associations Réseau TCA-francilien et AFDAS-TCA)

Contexte :

- Le service spécialisé de Paul Brousse propose une prise en charge complète des troubles alimentaires : consultations, hôpital de jour (8 patients/jour) et hospitalisation à temps plein (16 lits). Nous fonctionnons en réseau avec les autres services spécialisés. Notre approche thérapeutique est multidisciplinaire et multifocale, en conformité avec les recommandations de l'HAS.
- Nous cherchons à développer les réseaux de soins spécialisés dans la prise en charge de l'anorexie et de la boulimie

Besoins identifiés :

- Les patients, les familles et les professionnels de santé manquent d'information sur le parcours de soins et le déroulement des prises en charges spécialisées. En tant que service hospitalier de référence, nous souhaitons communiquer sur notre méthodologie de prise en charge

Origines du projet :

- Identification du besoin dans le cadre des commissions « famille, usagers, formation et prévention » du réseau TCA-Francilien
- L'équipe de Paul Brousse (Docteur RINGUENET et Docteur VINDREAU) ont proposés d'être porteurs du projet

D'autres organismes se sont-ils impliqués localement sur cette même problématique ?

Lesquels ? Poursuivent-ils toujours leur action en ce sens ? Si non, pourquoi ? Si oui, en quoi votre intervention est-elle complémentaire ?

- Aucune autre équipe n'est à notre connaissance impliquée sur un projet comparable
- Ce projet est soutenu par les autres partenaires du réseau de soins (réseau TCA-Francilien) et pourra être partagé avec l'ensemble de nos partenaires

2. Présentation détaillée du projet

2.1 Objectifs du projet

Précisez concrètement les objectifs du projet (3 ou 4 au maximum)

1. Créer un support audiovisuel sur les soins des conduites anorexiques et boulimiques en unité spécialisée

2. Informer les patients et les familles sur le parcours de soin
3. Former les professionnels de santé en vue de faciliter l'accès au soins

2.2 Actions mises en œuvre

Présentez concrètement les actions qui seront réalisées.

Premier temps :

Mise en forme du contenu du support audiovisuel. L'objectif est de produire un support vidéo avec l'aide d'une équipe de professionnels de l'image. Il montrera comment il est possible de soigner les troubles anorexiques et boulimiques en milieu hospitalier spécialisé. L'ensemble des activités thérapeutiques du service seront présentées de façon simple et didactique afin d'aider à vaincre les résistances habituelles que les patients et les familles éprouvent. Un travail communication basé sur l'information, la prévention et la motivation aux soins sera réalisé.

Le choix du contenu de ce support audiovisuel sera enrichi par des échanges avec les familles de patients, les associations de malades et d'une collaboration avec d'autres équipes du réseau de soin spécialisé dans les TCA.

Deuxième temps :

Utilisation du support audiovisuel en pratique courante auprès de patients et des familles demandant une prise en charge dans le service (la file active est d'environ 400 patients par an). Le support servira de base à des échanges avec les patients lors de consultations et des sessions d'hôpital de jour, ainsi qu'avec les familles dans le cadre du groupe de parole des familles (animé par un psychologue du service). L'impact de cet outil sur la prise en charge globale sera évalué.

Troisième temps :

Diffusion du support audiovisuel aux intervenants extérieurs identifiés comme partenaires dans le dépistage et la prise en charge de l'anorexie et de la boulimie (bassin de vie). Partage de l'expérience avec les membres du réseau de soin spécialisé au niveau régional et national, à l'occasion des journées de rencontre de nos associations (réseau TCA-Francilien et réseau AFDAS-TCA).

POUR LES SERVICES DE SOIN

Dans quelle démarche et quelle réflexion d'équipe le projet s'inscrit-il ?

Comment le projet s'articule-t-il avec le projet de service, de pôle ou d'établissement le cas échéant ?

L'unité spécialisée de l'hôpital Universitaire Paul Brousse est positionné comme centre de référence pour la prise en charge des TCA (il s'agit de la plus grosse unité de l'AP-HP en terme d'offre de soins).

Nous estimons pouvoir améliorer la communication sur les stratégies de soins multidisciplinaires et multifocales réalisées par notre équipe. L'objectif est de faciliter l'accès et la motivation aux soins pour les patients et les familles.

Il nous paraît également nécessaire de réaliser un travail de formation des professionnels extérieurs à l'hôpital afin de faciliter le repérage des troubles alimentaires et l'orientation des malades vers une prise en charge adaptée. L'utilisation d'un support audiovisuel nous paraît être un outil didactique et efficace adapté à cet objectif.

Notre unité travail en collaboration au sein du regroupement des Hôpitaux Universitaires Paris Sud. Nous collaborons avec le service de Médecine Aigue Polyvalente et le service de Réanimation du Kremlin-Bicêtre pour la prise en charge conjointe des patients anorexiques et boulimiques présentant des décompensations somatiques. De plus nous travaillons en collaboration avec l'Hôpital Antoine Béclère, spécialisé dans les troubles alimentaires avec surpoids et obésité, dans le cadre d'une unité de Nutrition transversale permettant l'orientation de tous les malades demandeurs vers le service le plus adapté selon la pathologie.

Ce projet est soutenu par le chef de service et chef de pôle (Professeur Michel Reynaud).

Par rapport à la prise en charge des jeunes anorexiques-boulimiques, quels sont les changements attendus dans les pratiques de soin, la situation et le devenir des jeunes patients, la prise en compte de leur entourage,...

Amélioration de la communication avec les patients et les familles sur les stratégies de soins.

Amélioration de la motivation, en particulier parce qu'une meilleure information devrait limiter les résistances liées à l'angoisses et à la méconnaissance des stratégies actuelles de prise en charge.

Les familles bénéficieront du support d'information et le dialogue établi dans les groupes de parole des familles (famille et soignants) pourra être enrichi.

Par ailleurs, le support audiovisuel proposé aux partenaires extérieurs servira à améliorer le réseau de soins ville-hôpital et une meilleure prise en charge des malades et de leur entourage.

Quel impact ces évolutions pourraient-elles avoir sur l'organisation de votre service, de votre établissement le cas échéant ?

Amélioration de la lisibilité de notre service auprès des usagers et des partenaires de soins du bassin de vie.

Augmentation de la file active des malades.

Amélioration des échanges avec les associations de familles et d'usagers.

Communication d'expérience avec les partenaires du réseau associatif spécialisé régional et national.

Renseignements complémentaires pour les projets relatifs aux réseaux de soin :

Renseignements complémentaires pour les projets relatifs à de nouvelles propositions thérapeutiques :

- par qui et comment le besoin a-t-il été identifié ?
- à partir de quelle expérience et de quel référentiel cette proposition est-elle faite ?
- au-delà de la phase de démarrage, quel relais financier est envisagé pour la poursuite de l'action ?

Renseignements complémentaires pour les projets de formation :

- le dispositif de formation de votre établissement prend-il en compte une partie de la démarche ? Si oui, laquelle ? Si non, pour quelles raisons la formation pour laquelle une subvention est demandée n'entre-t-elle pas dans le plan de formation de votre établissement ?
- par qui et comment les besoins de formation ont-ils été identifiés ?
- quelle est la composition du groupe de participants ?
- de quel temps de formation chaque participant bénéficiera-t-il ?

L'établissement Paul Brousse n'est pas en mesure de financer notre projet pour des raisons d'équilibre budgétaire.

Le besoin de formation des partenaires de soins a été régulièrement évoqué lors des assemblées générales de notre association régionale (Réseau TCA-Francilien).

La promotion de l'outil de formation audiovisuel pourra être réalisée à l'occasion d'une journée organisée par notre association régionale, dédiée aux professionnels de santé. L'ouverture du Réseau TCA-Francilien aux partenaires extérieurs aux établissements publics de santé a été votée lors de l'Assemblée Générale de l'association en avril 2011.

La durée de la formation sera d'environ une heure. Chaque participant pourra visionner le DVD en 30 minutes et une discussion d'environ trente minutes pourra répondre aux questions des professionnels.

Joindre obligatoirement en annexe :

- **le devis** établi par l'organisme de formation choisi, détaillant le programme et le calendrier des interventions

- **le CV** du ou des formateur(s)

2.3 Les publics concernés

Quels sont les publics visés par le projet ? Combien de personnes devraient en bénéficier ?

Patients, familles, associations de malades et professionnels de santé.

La file active de patients du service par an est d'environ 400 malades et 800 parents/conjoints et membres de la fratrie.

Le support audiovisuel sera disponible pour une diffusion auprès des partenaires de santé extérieurs et membres du réseau (environ 100 inscrits au réseau TCA-Francilien en 2010).

2.4 Quels sont les moyens nécessaires à la réalisation du projet ?

2.4.1 Moyens humains : quelles sont les compétences humaines mises en œuvre dans le projet et comment sont-elles organisées ?

Quelles sont les personnes déjà impliquées ou sollicitées en interne ? Indiquez leur statut (salarié, vacataire, bénévole) et leurs compétences. Quels sont les besoins de formation ? Quels sont les besoins de recrutement ?

Les référents de l'équipe soignante de notre unité spécialisée participeront à la réalisation du support audiovisuel : médecins, psychologues, ergothérapeute, psychomotricienne, kinésithérapeute, cadre de santé, infirmiers et aide soignants. Tous les membres sont salariés de l'AP-HP.

Avez-vous des partenaires locaux associés en tant qu'opérateurs ? Lesquels ? Quelles sont leurs compétences et leur légitimité pour collaborer ?

Nous travaillerons avec d'autres équipes soignantes spécialisées dans les TCA, et en particulier avec le service de la CMME de l'hôpital Sainte Anne (Paris 14).

2.4.2 Moyens matériels

Quels sont les moyens matériels disponibles (locaux, équipements, ...) engagés dans la réalisation du projet ?

Le support vidéo sera tourné dans les unités de soins du service à l'hôpital Paul Brousse.

Une société extérieure qui pourra être rémunérée avec le financement sollicité réalisera le tournage, la production, et la post-production du projet.

Quels sont vos besoins complémentaires ?

2.5 Calendrier du projet

Indiquez les différentes étapes prévisionnelles de votre projet.

Période	Actions
Novembre 2011	Conception du contenu
Janvier 2012	Tournage
Février 2011	Montage et production
Mars 2011	Utilisation du support audiovisuel

2.6 Evaluation

2.6.1 Tableau d'évaluation

Remplissez le tableau ci-dessous en reprenant les objectifs indiqués en 2.1 « Objectifs du projet » et les actions indiquées en 2.2 « Actions mises en œuvre ».

Objectifs initiaux *	Actions	Résultats attendus	Indicateurs**	Outils
Créer un support audiovisuel	Tournage	Production d'un DVD	/	/
Informers les patients et les familles sur le parcours de soin	Diffusion en groupe de parole	Amélioration des prises en charge	Questionnaire de satisfaction	Auto-questionnaire
Former les professionnels de santé en vue de faciliter l'accès au soins	Journées de formation des professionnels	Amélioration de la formation des soignants	Questionnaire de satisfaction	Auto-questionnaire

* Objectifs prévus initialement et mentionnés dans ce dossier de demande de subvention
 ** Indicateurs : éléments que vous comptez observer tout au long du projet afin de pouvoir les analyser en fin de projet

2.6.2 A quel(s) moment(s) prévoyez-vous d'évaluer l'impact de votre action?

Une doctorante en de médecine (Madame Louise AVENET-FERRIER) consacrera son travail de thèse à la mise en place et à l'évaluation de cet outil audiovisuel. L'évaluation globale de l'impact du support audiovisuel sera réalisé 6 mois après son utilisation régulière.

2.7 Valorisation du projet

Comment valoriserez-vous votre projet : communication sur site internet ou via les médias, publication, mutualisation dans un réseau, production d'outils... ?

Site internet du service de psychiatrie et d'addictologie : « Albatros »

Site internet du réseau régional : <http://www.reseautca-idf.org/>

Site internet du réseau national : <http://www.anorexiebulimie-afdas.fr/>

Budget prévisionnel

S'il s'agit d'un projet lié à de l'investissement : tableau de financement du projet

Ne renseignez l'année 2012 que si cela est nécessaire.

EMPLOIS	2011
Production d'une vidéo de formation	9 266.61 €
Duplication 200 exemplaires+ Gravure master DVD, impression quadri full	398.00 €
TOTAL EMPLOIS	9 266,61 €

Annexe 22. Concours des Nids d'Or 5ème édition

Candidature du 30 mai au 30 septembre 2012.



Fondation Nestlé France

**LES NIDS D'OR DE LA FONDATION NESTLÉFRANCE :
ENCOURAGER DES INITIATIVES LOCALES
EN MATIÈRE DE PRÉVENTION NUTRITION SANTÉ.
Dossier de candidature***

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

- Si association : statuts signés et copie de la déclaration au JO.
- Rapport d'activité 2012.
- Comptes de résultats et bilans des deux dernières années.
- Organigramme.
- Calendrier du déroulement des actions sur 2011/2012.
- Budget.
- Photos ou vidéos de l'action menée.

MODALITÉS DU CONCOURS

Dossier à retourner complété **avant le 30 septembre 2012** à :

Fondation Nestlé France

21, rue de Balzac 75008 Paris,

par mail : fondation@fr.nestle.com,

ou sur le site de la Fondation www.fondation@fr.nestle.com

1) Informations générales sur l'organisme

Coordonnées de l'organisme :

Nom de l'organisme

1/ Docteur Damien RINGUENET, Praticien Hospitalier

Louise AVENET, Interne en Psychiatrie

Unité spécialisée des Troubles des Conduites Alimentaires

Département de Psychiatrie et d'Addictologie,

Hôpital Universitaire Paul Brousse, Assistance publique des Hôpitaux de Paris

2/ Chantal RUAULT, Solène DELANNOY,

Association Éducation Nutritionnelle des Diabétiques et Aides aux Troubles du comportement alimentaire

Sigle (abréviation)

1/ AP-HP 2/ ENDAT

Adresse Code postal / VILLE

1/ Hôpital Universitaire Paul Brousse,

12, avenue Paul Vaillant Couturier

94804 Villejuif Cedex

2/ ENDAT

4 B, rue Vigée Lebrun

75015 Paris

Coordonnées de la personne à contacter pour échanger sur le projet :

Civilité Monsieur

NOM, prénom : Dr RINGUENET Damien

N° téléphone fixe : 01-45-59-

Adresse email :

Statut (salarié/bénévole) : salarié

Fonction : Praticien Hospitalier

Avez-vous déjà déposé un dossier de candidature auprès de la Fondation Nestlé France ? NON

Avez-vous déjà déposé un dossier de candidature auprès d'un autre organisme. Si oui, précisez.

Des dossiers déposés récemment sont en attente de réponse : dans un premier temps auprès du service sponsoring Nestlé France, de l'Oréal, de la Fondation Sandrine Castellotti, de la Fondation MGEN.

**NB : votre rédaction sera susceptible d'être communiquée sur l'ensemble des supports de communication de la Fondation*

Quelle est la date de création de votre organisme ?

Hôpital Paul Brousse :

ENDAT : 31 juillet 2008

Quel est le statut juridique de votre organisme ?

Association loi 1901 pour l'association ENDAT

Siret : 508 763 934 00020 APE : 9499Z

Autre, précisez : Etablissement Public, Centre Hospitalo-Universitaire (hôpital dépendant d'un Centre Hospitalier Régional Universitaire)

Quel est le nombre de :

ces informations vont seront fournies dans les plus brefs délais

Salariés :

Bénévoles :

Si association, en ce qui concerne les adhérents :

ces informations vont seront fournies dans les plus brefs délais

Nombre :

Préciser : personne physique

personne morale

association

collectivité locale...

2) Informations sur l'action réalisée avant le 1er juin 2012

Votre initiative

Description synthétique de l'action (environ 10 lignes)

Titre du projet : Réalisation d'un support audiovisuel d'éducation thérapeutique sur les troubles des conduites alimentaires (TCA) et leur parcours de soin

Hypothèse : Une amélioration de l'éducation thérapeutique des patients atteints de TCA et de leur entourage doit permettre une meilleure prise en charge de leur pathologie. En effet, le repérage et le traitement précoces des TCA permettent une amélioration du pronostic.

Objectifs :

- Informer sur la maladie :

Pour les patients et leurs familles, le support audio-visuel doit permettre d'aider à la prise de conscience de la maladie et à la nécessité de soins adaptés.

L'outil d'éducation thérapeutique doit être utilisable par les professionnels de santé afin qu'ils puissent diffuser l'information à la population cible.

- Informer sur le parcours de soins :

Pour les patients et leurs familles, l'objectif est de créer des conditions facilitant la motivation aux soins. Il s'agit de les aider à prendre la mesure des conséquences de la maladie et de travailler l'ambivalence aux soins.

Pour les professionnels de santé, l'utilisation de l'outil d'éducation thérapeutique doit faciliter le repérage du parcours de soins et la communication des informations aux patients et à leurs familles. Les informations sur le parcours de soins seront en conformité avec les recommandations de bonne pratique publiées en juin 2010 par la Haute Autorité de Santé sur l'anorexie mentale. Elles devraient faciliter une meilleure utilisation des réseaux de soins spécialisés dans la prise en charge des TCA.

- Informer sur l'évolution de la maladie :

L'objectif de cette partie s'inscrit dans le cadre de la prévention tertiaire : faciliter l'acceptation de la durée des soins et de leurs contraintes, aider à reconnaître les signes de rechute ainsi que la nécessité d'une prise en charge en cas de rechute.

Action : Il s'agit de créer un DVD, comportant 3 films d'un maximum de 10 minutes chacun informant respectivement sur la maladie, le parcours de soin et l'évolution de la maladie. Un livret (écrit) de synthèse sera associé. Les supports (DVD+livret de synthèse) seront utilisables au cours d'interventions psychoéducatives en présence de soignant, en consultation ou en hôpital de jour, en individuel ou en groupe.

La rédaction du contenu du support audiovisuel est déjà réalisée et constitue le travail de thèse de Doctorat en médecine de Madame Louise AVENET.

Le soutien du Réseau TCA Francilien (<http://www.reseautca-idf.org/>) **a été obtenu** pour la diffusion du projet à un niveau régional puis national (via le Réseau national AFDAS-TCA <http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr/>) lors de la réunion du conseil d'administration le 13 septembre 2012.

○ **Quel est le public visé par votre projet ?**

- Les patients adultes souffrant de trouble des conduites alimentaires, à n'importe quel stade de la maladie
- Les familles et l'entourage proche de ces patients
- Les professionnels de santé (médecins généralistes, nutritionnistes, psychologues, infirmiers, ...) et les associations de malades, puisqu'ils peuvent contribuer à la diffusion des informations auprès de la population cible.

Combien de personnes sont-elles concernées par l'action sur l'année 2010/2011 ?

En 2010/2011, la rédaction du contenu du DVD a été réalisée par Madame Louise Avenet, travaillant sa thèse de Doctorante en Médecine sous la Direction du Dr Damien Ringuenet.

Dimension de l'initiative (Plusieurs réponses possibles) : Zone rurale + Zone urbaine, Niveau national

Méthodologie de l'initiative

Contenu de l'outil audiovisuel de psychoéducation :

La première vidéo présente de façon didactique les différents aspects de la maladie avec les symptômes les plus fréquents et leur retentissement sur la vie quotidienne du patient et de son entourage.

La seconde vidéo présente le parcours des soins ainsi que les objectifs de la prise en charge. Les différentes techniques de prises en charges sont détaillées, en particulier les différents niveaux de prise en charge (accueil associatif, consultation, hôpital de jour, hospitalisation à temps plein) et les différents intervenants susceptibles d'être mobilisés. Dans cette partie, plus documentaire, des professionnels de santé détailleront les approches de soins représentatives des recommandations de bonne pratique.

La troisième vidéo présente l'évolution des TCA : leur installation au début de la maladie et leur évolution lorsque des soins adaptés sont mis en place. La nécessité d'une certaine durée de soins est expliquée ainsi que les notions de guérison et de rémission. La vidéo insiste également sur l'importance du repérage des signes de rechute et de leur prise en charge.

Contenu du livret de synthèse :

Le livret écrit accompagnant la vidéo reprend de façon synthétique le contenu des trois vidéos. Il est suivi des fiches de synthèses de la H.A.S. dédiées aux patients et aux familles concernant les recommandations de bonne pratique pour l'anorexie mentale.

Utilisation pratique des supports :

Les supports (DVD+livret de synthèse) seront utilisables au cours d'interventions psychoéducatives en présence de soignant, en consultation ou en hôpital de jour, en individuel ou en groupe.

Le livret sera remis à chaque personne visualisant le DVD.

Ce DVD comportera trois parties correspondant chacune à un chapitre psychoéducatif distinct (cf. objectifs spécifiques), visionnées dans l'ordre, suivant des modalités qui peuvent être adaptées en fonction des caractéristiques de la population cible :

les trois parties pourront être projetées à la suite au cours d'une même intervention. Un dialogue entre patients-entourage familial et soignant sera orienté à la fin de la diffusion. La durée estimée de l'intervention sera d'environ 1h.

ces trois parties pourront être visionnées séparément. Chaque séance comportera la projection suivie d'un dialogue entre patients-entourage familial et soignant. La durée estimée de chaque intervention sera de 30 minutes

Diffusion :

Cet outil de psychoéducation sera proposé à l'ensemble des équipes de soins spécialisées et partenaires impliqués dans les TCA.

Nous avons estimé qu'environ 450 copies devront être réalisées dans un premier temps.

En décidant de distribuer 5 DVD par centre repéré sur la carte de France présentée sur le site internet de l'AFDAS-TCA (<http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr/>), on obtient **81 centres (hôpitaux, cliniques, associations de malades) et 5 réseaux, soit 430 DVD à distribuer.**

Si le travail présenté s'avère contributif, le support audio-visuel pourrait bénéficier d'une diffusion plus large via le réseau national (AFDAS-TCA) : aux membres des réseaux et aux intervenants extérieurs identifiés comme partenaires dans le dépistage et la prise en charge des TCA.

La promotion de l'outil de formation audiovisuel pourrait être réalisée à l'occasion d'une journée organisée par les associations régionale et nationale, dédiée aux professionnels de santé.

Une diffusion à l'ensemble des médecins inscrits au COM pourrait éventuellement être envisagée.

– **Méthodologie d'évaluation des résultats**

L'évaluation globale de l'outil de psychoéducation sera réalisée 6 mois après sa diffusion par l'intermédiaire d'auto-questionnaires remis à chaque personne en bénéficiant : patients, entourage, professionnels de santé.

Une première partie, **qualitative**, correspondra à un questionnaire de vérification d'acquisition des connaissances (une dizaine de questions de type vrai/faux ou oui/non).

La deuxième partie de l'auto-questionnaire évaluera par des échelles **quantitatives** le niveau de satisfaction sur les bénéfices de l'intervention.

La troisième partie concernera le recueil des **données épidémiologiques**.

Résultats qualitatifs

.Une première partie, **qualitative**, correspondra à un questionnaire de vérification d'acquisition des connaissances (une dizaine de questions de type vrai/faux ou oui/non)

Résultats quantitatifs

La deuxième partie de l'auto-questionnaire évaluera par des échelles quantitatives le niveau de satisfaction sur les bénéfices de l'intervention.

- « **Votre action, un modèle pour tous** »

Si vous deviez expliquer comment mettre en place une action comme la vôtre que diriez-vous ?

Vous pouvez vous appuyer sur le tableau ci-dessous.

Budget de départ

11 000 à 40 000€ selon les aides de financement obtenues. Deux devis illustrant cela sont joints.

Les coûts occasionnés par la réalisation du support audio-visuel concernent

- la location du matériel vidéo,
- la rémunération des professionnels de la réalisation,
- le coût du montage,
- la rémunération de l'équipe technique,
- la rémunération de l'équipe artistique,
- le nombre de DVD pour une première diffusion (450 DVD)
- le dépôt de copyright

- rémunération d'un éventuel comédien professionnel

Moyens humains

1. L'équipe de Paul Brousse (Docteur RINGUENET, Praticien Hospitalier) a proposé d'être porteur du projet, rejointe par l'association ENDAT (Chantal RUAULT)
2. Louise Avenet, Interne en Psychiatrie réalise sa thèse sur le sujet (rédaction du contenu, évaluation)
3. Solène Delannoy (étudiante Diététicienne, cours Florent, école de cinéma)
4. équipe de production
5. éventuels acteurs, interview de professionnels de santé

Moyens matériels

- la location du matériel vidéo
- tournage sur les lieux de soins d'Ile de France définis par le réseau TCA

Le phasing

Mise en œuvre de la production du support audio-visuel :

- Rédaction d'un scénario:
Solène DELANNOY, Louise AVENET, Chantal RUAULT, Docteur Damien RINGUENET
- Création et choix d'une équipe de production :
Réalisateur, monteur, acteurs, en fonction du budget.
- Tournage puis montage du DVD :
Le tournage se déroulera sur un maximum d'**une dizaine de jours**, en région parisienne et dans différents lieux qui seront définis avec le concours du réseau TCA Francilien et de l'AFDAS-TCA .
- La durée du film sera d'environ 30 minutes. Chaque partie sera d'une durée de 5 à 10 minutes.

Mise en œuvre du livret :

Rédaction et mise en page par Louise AVENET, Chantal RUAULT, Docteur Damien RINGUENET
Un outil de type Microsoft Publisher™ sera utilisé afin d'en faciliter la diffusion et l'impression.

Diffusion : immédiate

Evaluation : **6 mois** dans un premier temps

Les conditions de réussite

obtention d'un financement suffisant.

Utilisation de la subvention : à quoi va servir la somme reçue ?

À la production du DVD de psychoéducation (3 films, durée totale de 30 minutes)

- Quels justificatifs concrets pourrez-vous nous fournir pour prouver vos dépenses ?

Tous les devis et factures seront à votre disposition.

- Revue de Presse :

La revue de la littérature scientifique internationale ne rapporte pas d'évaluation d'un outil de ce type. L'équipe du Maudsley (Londres) évalue actuellement un programme de psychoéducation en 5 séances avec outil vidéo et livret (*Macdonald P, Murray J, Goddard E, Treasure J. Eur Eat Disord Rev. Carer's experience and perceived effects of a skills based training programme for families of people with eating disorders: a qualitative study. Eur Eat Disord Rev. 2011 Nov;19(6):475-86.*)

« Les troubles des conduites alimentaires (TCA) touchent en France, comme dans l'ensemble des pays occidentaux, les personnes jeunes, et plus particulièrement les femmes. Leur fréquence varie en fonction du trouble considéré. L'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique concernent ainsi 0,9%, 1,5%, 3,5% de la population féminine (et 0,5%, 0,5% et 2,0% des hommes). Ces fréquences sont doublées si l'on considère les formes partielles qui ont une répercussion tout aussi importante sur la santé. Ces troubles sont essentiellement chroniques, et il est notable qu'une frange de cette population décède des complications de la dénutrition. Les troubles des conduites alimentaires ont le taux de mortalité le plus élevé de toutes les pathologies psychiatriques et sont une des premières causes de décès chez les femmes de 15 à 25 ans, le taux de suicide étant particulièrement important. »

AFDAS-TCA (Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire).

Le repérage et un traitement précoces des TCA permettent une amélioration du pronostic.

Le déni de la maladie, caractéristique de ces pathologies, est un obstacle au repérage des symptômes et à la mise en place d'un traitement. Le retard au diagnostic et à la prise en charge contribue grandement au mauvais pronostic de ces pathologies. Pour tenter de lever le déni, on reconnaît deux grands types d'approche : travailler l'ambivalence au changement, et amener à une alliance thérapeutique solide. Cela repose sur la capacité à délivrer une information sur la maladie, sur les soins adaptés et sur les objectifs de ces soins, afin d'en améliorer la compréhension par le patient et sa famille.

Les premiers retours après la mise en place en 2012 d'un numéro téléphonique AZUR d'information sur les TCA (Initiative du Réseau TCA Francilien : « Anorexie-Boulimie-Info-Ecoute » 0810 037 037) montrent une méconnaissance du public sur la pathologie et la prise en charge. Ces difficultés d'accès à l'information se vérifient régulièrement lors des premières rencontres avec les patients et leur entourage.

La Haute Autorité de Santé a publié en juin 2010 des recommandations de bonne pratique clinique au sujet de l'anorexie mentale. Elles comportent un volet d'information destiné aux familles et aux patients. Leur diffusion par le biais des professionnels de santé au contact des populations à risque (médecins généralistes, infirmières scolaires, gynécologues, diététiciens etc...) apparaît très insuffisante.

Même si le besoin de formation des partenaires de soins a été régulièrement évoqué lors des assemblées générales de notre association régionale (Réseau TCA-Francilien), il nous paraît prioritaire d'axer dans un premier temps le travail d'information sur les patients et les familles.

3) Budget du projet

Merci de remplir les tableaux ci après

DEPENSES D'INVESTISSEMENT		RECETTES	
Libellé du poste	Montant (€ TTC)	Partenaires du projet (dont autofinancement ou emprunt)	Montant (€ TTC)
Réalisation du film	11 000 à 40 000 €	En attente	
TOTAL DEPENSES	11 000 à 40 000 €	TOTAL RECETTES	

4) Synthèse du dossier*

Objectif de l'initiative

L'objectif global est de créer un support audiovisuel d'information sur les troubles des conduites alimentaires permettant l'**éducation thérapeutique** des patients adultes et de leur entourage.

Un livret d'information (support écrit permettant de laisser une trace durable), synthétisant le contenu du support audiovisuel, l'accompagnera.

Informations concernant la candidature :

- Statut juridique : AP-HP : établissement public, ENDAT : association loi 1901
- Nombre de salariés et bénévoles : nous nous engageons à vous renseigner au plus vite
- Public visé :

1. Les patients adultes souffrant de trouble des conduites alimentaires, à n'importe quel stade de la maladie
2. Les familles et l'entourage proche de ces patients.
3. Les professionnels de santé (médecins généralistes, nutritionnistes, psychologues, infirmiers, ...) et les associations de malades, puisqu'ils peuvent contribuer à la diffusion des informations auprès de la population cible

- Personnes concernées :

Docteur Damien RINGUENET, Praticien Hospitalier
 Louise AVENET, Interne en Psychiatrie (Université Paris Descartes)
 Unité spécialisée des Troubles des Conduites Alimentaires
 Département de Psychiatrie et d'Addictologie,

Hôpital Universitaire Paul Brousse,
Assistance Publique- Hôpitaux de Paris. 12, avenue Paul Vaillant Couturier - 94804 Villejuif Cedex
Chantal RUAULT, Solène DELANNOY,
ENDAT

Association Education Nutritionnelle des Diabétiques et Aides aux Troubles du comportement alimentaire

4 b rue Vigée Lebrun - 75015 Paris

- Dimensions de l'initiative : Nationale au travers des professionnels de santé et grâce aux réseaux de santé

Moyens mis en œuvre pour la réalisation du projet :

- le contenu du projet est rédigé et constitue le travail de thèse de Madame Louise Avenet (Interne en Psychiatrie et doctorante en Médecine sous la direction du Dr Damien RINGUENET)

Utilisation de la subvention :

réalisation du DVD de psychoéducation (3 films, durée totale de 30 minutes)

Points forts de votre dossier :

1/ notre dossier répond aux enjeux auxquels est attachée la Fondation Nestlé France

Ce support audio-visuel est un outil de prévention secondaire et tertiaire selon les critères de l'OMS. Soigner les patientes souffrant de troubles des conduites alimentaires, tend directement à restaurer des habitudes alimentaires bénéfiques pour la santé et le bien-être des familles

2/ notre dossier répond aux critères de sélection :

La qualité de la méthodologie est assurée par la qualité des deux équipes professionnelles spécialisées dans la prise en charge des troubles des conduites alimentaires qui sont porteuses de ce projet.

La pérennité de l'action est assurée par le soutien du réseau TCA francilien et du réseau national AFDAS-TCA

L'action est tout à fait duplicable par d'autres acteurs puisque le contenu de l'outil est entièrement basé sur des critères faisant consensus. L'action ne comporte pas de spécificité locale, ainsi elle sera largement diffusée dans toutes les régions via le réseau national. La présentation de l'outil aux professionnels de santé pourra être organisée via les réseaux de TCA.

L'évaluation se basera sur des critères qualitatifs et quantitatifs.

L'action est originale et pertinente puisque cet outil n'existe pas en France. Il n'y a que très peu d'initiatives de prévention secondaire ou tertiaire décrites et évaluées dans la littérature spécialisée internationale (recherche Pubmed, Cochrane) bien que l'intérêt de ce travail auprès des patients et de leur famille soit constamment mis en avant dans les guidelines internationales.

3/ réalisation rapide (environ 1 mois) et utilisation possible immédiatement

Budget de départ :

ENDAT et l'AP-HP n'ont pas les moyens de financer des projets. Plusieurs demandes de financement sont en cours. Des devis ont été réalisés.

Annexe 23. Prototypé de demande de subvention du 20/12/2012

Réalisation d'un support audiovisuel psychoéducatif sur les troubles des conduites alimentaires et leur parcours de soin

I Porteurs du projet :

Le projet tient son origine de l'identification du besoin dans le cadre des commissions « Famille, usagers, formation et prévention » du réseau TCA-Francilien » : les patients, les familles et les professionnels de santé manquent d'information sur le parcours de soins et le déroulement des prises en charges spécialisées.

L'équipe de Paul Brousse (Docteur RINGUENET) a proposé d'être porteur du projet, rejointe par l'association ENDAT (Chantal RUAULT et Solène DELANNOY).

Docteur Damien RINGUENET, Praticien Hospitalier
Louise AVENET, Interne en Psychiatrie
Unité spécialisée des Troubles des Conduites Alimentaires
Département de Psychiatrie et d'Addictologie,
Hôpital Universitaire Paul Brousse,
Assistance Publique- Hôpitaux de Paris.
12, avenue Paul Vaillant Couturier -94804 Villejuif Cedex

Chantal RUAULT, Solène DELANNOY,
ENDAT

Association Education Nutritionnelle des Diabétiques et Aides aux Troubles du comportement alimentaire
4 b rue Vigée Lebrun -75015 Paris

II Contexte :

« Les troubles des conduites alimentaires (TCA) touchent en France, comme dans l'ensemble des pays occidentaux, les personnes jeunes, et plus particulièrement les femmes. Leur fréquence varie en fonction du trouble considéré. **L'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique concernent ainsi 0,9%, 1,5%, 3,5% de la population féminine** (et 0,5%, 0,5% et 2,0% des hommes). Ces fréquences sont doublées si l'on considère les formes partielles qui ont une répercussion tout aussi importante sur la santé. Ces troubles sont essentiellement chroniques, et il est notable qu'une frange de cette population décède des complications de la dénutrition. Les troubles des conduites alimentaires ont **le taux de mortalité le plus élevé de toutes les pathologies psychiatriques** et sont une des premières causes de décès chez les femmes de 15 à 25 ans, le taux de suicide étant particulièrement important. »

AFDAS-TCA (Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire).

Le repérage et un traitement précoces des TCA permettent une amélioration du pronostic.

Le déni de la maladie, caractéristique de ces pathologies, est un obstacle au repérage des symptômes et à la mise en place d'un traitement. Le retard au diagnostic et à la prise en charge contribue grandement au mauvais pronostic de ces pathologies. Pour tenter de lever le déni, on reconnaît deux grands types d'approche : travailler l'ambivalence au changement, et amener à une alliance thérapeutique solide. Cela repose sur la capacité à délivrer une information sur la maladie, sur les soins adaptés et sur les objectifs de ces soins, afin d'en améliorer la compréhension par le patient et sa famille.

Les premiers retours après la mise en place en 2012 d'un numéro téléphonique AZUR d'information sur les TCA (Initiative du Réseau TCA Francilien : « Anorexie-Boulimie-Info-Ecoute » 0810 037 037) montrent une **méconnaissance du public** sur la pathologie et la prise en charge. Ces difficultés d'accès à l'information se vérifient régulièrement lors des premières rencontres avec les patients et leur entourage. En juin 2010, la Haute Autorité de Santé a publié des recommandations de bonne pratique clinique au sujet de l'anorexie mentale. Leur diffusion auprès des professionnels de santé au

contact des populations à risque (médecins généralistes, infirmières scolaires, gynécologues, diététiciens, etc.) se révèle notoirement insuffisante.

BESOIN

Dans ce contexte alarmant, **des supports audiovisuels psycho éducatifs sont nécessaires et urgents**, d'autant que ce type de maladie se développe auprès des jeunes de tout milieu.

Les sites web nocifs se multiplient : plus de 600 sites existent, créés par de jeunes femmes souffrant de problèmes d'alimentation, qui se retrouvent sur internet pour échanger leurs expériences morbides, et parfois même décrire les méthodes qu'elles utilisent pour s'affamer ou se faire vomir, ou encore diffuser des photos personnelles particulièrement incitatives.

Des supports psycho éducatifs efficaces n'existent pas, alors que **des actions d'information, de prévention et de formation sont nécessaires et urgentes** :

- **auprès du grand public** (jeunes, éducateurs et parents) par le biais des médias, des milieux éducatifs et de l'industrie agroalimentaire ;
- **auprès des professionnels** de santé.

L'association ENDAT accueille et prend en charge annuellement environ 500 patients souffrant de troubles des conduites alimentaires (TCA). De plus, depuis sa création en 2008, elle est impliquée fortement dans des actions d'information/prévention/formation auprès de ces différents milieux. En particulier, elle propose un « atelier groupe famille » dont les objectifs sont les suivants :

- aider les familles à éviter le syndrome de l'épuisement lié au TCA ;
- améliorer la communication au sein de la famille à propos des TCA ;
- réduire et empêcher les conflits relatifs à la maladie ;
- adapter les attentes à la réalité en période de grands changements ;
- aider les parents à nouer une relation avec l'enfant de manière à ce qu'ils puissent travailler en équipe et gérer cette maladie complexe et son traitement ;
- acquérir une meilleure compréhension de la maladie et son retentissement sur la vie quotidienne ;
- identifier des situations problèmes et cibler les difficultés rencontrées ;
- adopter de nouveaux modèles d'attitudes en travaillant sur les changements de comportement pour modifier des situations problèmes.

Sont également menées des actions d'information/formation auprès de professionnels de santé.

Le principal objectif du présent projet est de donc créer des supports audiovisuels sur les troubles des conduites alimentaires, à visée :

- **d'éducation thérapeutique** des patients adultes et de leur famille,
- de **formation** des professionnels de santé dans les structures d'accueil
- et de témoignages.

Pour réaliser de tels supports, l'association ENDAT s'est entourée d'une équipe pluridisciplinaire et de partenaires pour la réalisation (scénaristes, réalisateurs, comédiens, lieux de tournages...). En outre, elle dispose de l'appui de l'AFDAS-TCA (**A**ssociation **F**rançaise pour le **D**éveloppement des **A**pproches **S**pécialisées des **T**roubles du **C**omportement **A**limentaire).

III Publics visés :

Les patients adultes souffrant de trouble des conduites alimentaires, à n'importe quel stade de la maladie

Les familles et l'entourage proche de ces patients

Les professionnels de santé (médecins généralistes, nutritionnistes, psychologues, infirmiers, ...) et les associations de malades, puisqu'ils peuvent contribuer à la diffusion des informations auprès de la population cible.

IV Hypothèse :

Une amélioration de l'éducation thérapeutique des patients atteints de TCA et de leur entourage doit permettre une meilleure prise en charge de leur pathologie. En effet, le repérage et le traitement précoces des TCA permettent une amélioration du pronostic.

V Objectifs :

Objectif global :

L'objectif global est de créer un support audiovisuel d'information sur les troubles des conduites alimentaires permettant l'**éducation thérapeutique** des patients adultes et de leur entourage.

Un livret d'information (support écrit permettant de laisser une trace durable), synthétisant le contenu du support audiovisuel, l'accompagnera.

Objectifs spécifiques :

Informé sur la maladie :

Pour les patients et leurs familles, le support audio-visuel doit permettre d'aider à la prise de conscience de la maladie et à la nécessité de soins adaptés.

L'outil d'éducation thérapeutique doit être utilisable par les professionnels de santé afin qu'ils puissent diffuser l'information à la population cible.

Informé sur le parcours de soins :

Pour les patients et leurs familles, l'objectif est de créer des conditions facilitant la motivation aux soins. Il s'agit de les aider à prendre la mesure des conséquences de la maladie et de travailler l'ambivalence aux soins.

Pour les professionnels de santé, l'utilisation de l'outil d'éducation thérapeutique doit faciliter le repérage du parcours de soins et la communication des informations aux patients et à leurs familles.

Les informations sur le parcours de soins seront en conformité avec les recommandations de bonne pratique publiées en juin 2010 par la Haute Autorité de Santé sur l'anorexie mentale. Elles devraient faciliter une meilleure utilisation des réseaux de soins spécialisés dans la prise en charge des TCA.

Informé sur l'évolution de la maladie :

L'objectif de cette partie s'inscrit dans le cadre de la prévention tertiaire : faciliter l'acceptation de la durée des soins et de leurs contraintes, aider à reconnaître les signes de rechute ainsi que la nécessité d'une prise en charge en cas de rechute.

VI Contenu de l'outil de psychoéducation et mise en œuvre de sa production :

Il s'agit de créer un DVD ainsi qu'un livret de synthèse accompagnant ce DVD (support écrit).

La rédaction du contenu du support audiovisuel est déjà réalisée et constitue une partie du travail de thèse de Doctorat en médecine de Madame Louise AVENET. Aucun budget n'est actuellement disponible pour la réalisation du support vidéo.

Contenu de l'outil audiovisuel de psychoéducation :

La première vidéo présente de façon didactique les différents aspects de la maladie avec les symptômes les plus fréquents et leur retentissement sur la vie quotidienne du patient et de son entourage.

La seconde vidéo présente le parcours des soins ainsi que les objectifs de la prise en charge. Les différentes techniques de prises en charges sont détaillées, en particulier les différents niveaux de prise en charge (accueil associatif, consultation, hôpital de jour, hospitalisation à temps plein) et les différents intervenants susceptibles d'être mobilisés. Dans cette partie, plus documentaire, des professionnels de santé détailleront les approches de soins représentatives des recommandations de bonne pratique.

La troisième vidéo présente l'évolution des TCA : leur installation et leur évolution lorsque des soins adaptés sont mis en place. La nécessité d'une certaine durée de soins est expliquée ainsi que les notions de guérison et de rémission. La vidéo insiste sur l'importance du repérage des signes de rechute et de leur prise en charge.

Contenu du livret de synthèse :

Le livret écrit accompagnant la vidéo reprend de façon synthétique le contenu des trois vidéos. Il est suivi des fiches de synthèses de la H.A.S. sur les recommandations de bonne pratique concernant l'anorexie mentale.

Mise en œuvre de la production du support audio-visuel :

Les délais de réalisation prévus sont les suivants :

Tournage des films (DVD) puis montage pour en mars & avril 2013 ;

Evaluation des outils thérapeutiques sur 6 mois à compter de la première diffusion.

VII Utilisation pratique des supports :

Les supports (DVD+livret de synthèse) seront utilisables au cours d'interventions psychoéducatives en présence de soignant, en consultation ou en hôpital de jour, en individuel ou en groupe.

Le livret sera remis à chaque personne visualisant le DVD.

Ce DVD comportera trois parties correspondant chacune à un chapitre psychoéducatif distinct (cf. objectifs spécifiques), visionnées dans l'ordre, suivant des modalités qui peuvent être adaptées en fonction des caractéristiques de la population cible :

- les trois parties pourront être projetées à la suite au cours d'une même intervention. Un dialogue entre patients-entourage familial et soignant sera orienté à la fin de la diffusion. La durée estimée de l'intervention sera d'environ 1h.

- ces trois parties pourront être visionnées séparément. Chaque séance comportera la projection suivie d'un dialogue entre patients-entourage familial et soignant. La durée estimée de chaque intervention sera de 30 minutes

VIII Diffusion

Ces outils de psycho éducation seront proposés :

- à l'ensemble des équipes de soins spécialisés et partenaires impliqués dans les TCA
- Nous estimons qu'au moins 3000 copies devraient être distribuées dans toute la France, tant auprès des organismes de santé concernés qu'auprès des structures éducatives. Pour ce faire, l'AFDAS-TCA (<http://www.anorexieboulimie-afdas.fr/>) a déjà donné son appui à ce projet.
- aux ateliers « groupe famille » de l'association ENDAT ;
- à un public « neutre » diffusion TV, festivals, conférences...

IX Plan global de financement

Nous avons fait réaliser plusieurs devis, pour la location :

- du matériel vidéo,
- des professionnels de la réalisation,
- de l'équipe technique,
- de l'équipe artistique.

Le montant total nécessaire à la réalisation de ce projet est évalué à 23.000 € (vingt trois mille euros) HT.

Il manque actuellement 10 000 € (dix mille euros).

Devis prévisionnel réalisé par la société « Taïnos Production »

1. Droits artistiques	800 €	
2. Personnel	7.400 €	
3. Interprétation	1.600 €	
4. Charges sociales	4.500 €	
5. Décors & costumes	700 €	
6. Transports, défraiement, régie	1.700 €	
7. Moyens techniques	2.600 €	
8. Pellicules & laboratoires	800 €	
9. Assurances & divers	500 €	
SOUS-TOTAL	20.600 €	
Imprévus 10%	2.050 €	

Montant total HT	22.650 €
-------------------------	-----------------

Plan de financement prévisionnel

	CCAH (espéré)	13.000 €
	Autres subventions	10.000 €
Montant total		23.000 €

X Evaluation

La performance de ces supports audio visuels psycho éducatifs sera mesurée par :

- une évaluation critériée : nombre de DVD diffusés et modalités de diffusion (publics, lieux, ...);
- une évaluation normative : satisfaction des milieux concernés et impact de santé publique (conséquences des actions préventives, incitatives et correctives mises en place).

**Annexe 24. Projet de financement : fusion avec un court métrage. Courriel de
présentation**

Objet : Film témoignage et film éducatif

RUAULT Chantal - <cruault@>

À : damien.ringuenet@pbr.aphp.fr

Cc : louise.avenet@, Solène DEL <solene.delannoy@>, Charles Grémion <cgremon@>, justine.oiley@, fondation <fond.s.castellotti@>, Endat <endat@>

Bonjour,

Louise AVENET m'a prévenu que le conseil d'administration de l'AFDAS-TCA avait validé ce projet de réalisation d'un dvd éducatif, informatif « Ile de France ».

Par ailleurs, la Fondation CASTELLOTTI a été contactée sur un projet d'un court métrage réalisé par Justine OILEY que je vous adresse.

Après discussion avec plusieurs personnes d'univers très différents :




- 1) il me semble intéressant de traiter les deux sujets en même tps et ce n'est pas incompatible (témoignage d'une part et d'autre part offre de soins sur l'ile de France)
- 2) il me paraît aussi judicieux pour la demande de financement de présenter les deux projets en même temps car le court métrage de Justine est déjà en grande partie financé, donc plus facile pour un cofinancement.

[...]

Cordialement,

Chantal RUAULT ENDAT

Annexe 25. Demande de subvention du 28/12/2012 d'ENDAT adressée à la Fondation Sandrine Castellotti, la Fondation MGEN, l'Oréal, Pièces jaunes, le CCAH, etc.



Paris le 28 décembre 2012

**Réalisation de supports audiovisuels psycho éducatifs
sur les troubles des conduites alimentaires (TCA)
et le parcours de soin proposé**

1. CONTEXTE

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) touchent en France, comme dans l'ensemble des pays occidentaux, les personnes jeunes, et plus particulièrement les femmes. Leur fréquence varie en fonction du trouble considéré. **L'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique concernent ainsi 0,9%, 1,5%, 3,5% de la population féminine** (et 0,5%, 0,5% et 2,0% des hommes). Ces fréquences sont doublées si l'on considère les formes partielles qui ont une répercussion tout aussi importantes sur la santé de ces futurs adultes.

Ces troubles sont essentiellement chroniques et il est notable qu'une frange de cette population décède des complications de la dénutrition. Les troubles des conduites alimentaires ont le **taux de mortalité le plus élevé de toutes les pathologies psychiatriques** (5 à 10% de la population concernée) et sont une des premières causes de décès chez les femmes de 15 à 25 ans, le taux de suicide étant particulièrement important.

Une détection et un traitement précoces des TCA permettent une amélioration du pronostic.

Le déni de la maladie, caractéristique de ces pathologies, est un obstacle au repérage des symptômes et à la mise en place de traitements. Pour tenter de lever le déni, on reconnaît deux grands types d'approche : travailler l'ambivalence au changement, et amener à une alliance thérapeutique solide. Cela repose sur la capacité à délivrer une information sur la maladie, les soins adaptés et les objectifs de ces soins, afin d'en améliorer la compréhension par le patient et sa famille.

Une fois le diagnostic confirmé, c'est une étape primordiale et qui prend du temps.

Par ailleurs, on constate une méconnaissance des structures publiques, méconnaissance de la prise en charge, méconnaissance des TCA, non seulement de la part des soignants mais aussi des patients et de leurs proches (famille, amis, etc.). Le besoin de formation des partenaires de soins est régulièrement évoqué lors des assemblées générales de notre association régionale (Réseau TCA / Île-de-France).

En juin 2010, la Haute Autorité de Santé a publié des recommandations de bonne pratique clinique au sujet de l'anorexie mentale. Leur diffusion auprès des professionnels de santé au contact des populations à risque (médecins généralistes, infirmières scolaires, gynécologues, diététiciens, etc.) se révèle notoirement insuffisante.

ENDAT, 4b rue Vigée Lebrun, 75015 Paris
☎ 01 43 06 66 31 / 06 98 70 66 31 / 06 79 32 21 34 – Courriel : endat@laposte.net
N° Siret : 508763984 00020 - N° APE : 9499 Z

2. BESOIN

Dans ce contexte alarmant, **des supports audiovisuels psycho éducatifs sont nécessaires et urgents**, d'autant que ce type de maladie se développe auprès des jeunes de tous milieux.

Les sites web nocifs se multiplient : plus de 600 sites existent, créés par de jeunes femmes souffrant de problèmes d'alimentation, qui se retrouvent sur internet pour échanger leurs expériences morbides, et parfois même décrire les méthodes qu'elles utilisent pour s'affamer ou se faire vomir, ou encore diffuser des photos personnelles particulièrement incitatives.

Des supports psycho éducatifs efficaces n'existent pas, alors que **des actions d'information, de prévention et de formation sont nécessaires et urgentes** :

- **auprès du grand public** (jeunes, éducateurs et parents) par le biais des médias, des milieux éducatifs et de l'industrie agroalimentaire ;
- **auprès des professionnels de santé.**

L'association ENDAT accueille et prend en charge annuellement environ 500 patients souffrant de troubles des conduites alimentaires (TCA). De plus, depuis sa création en 2008, elle est impliquée fortement dans des actions d'information/prévention/formation auprès de ces différents milieux.

En particulier, elle propose un « atelier groupe famille » dont les objectifs sont les suivants :

- aider les familles à éviter le syndrome de l'épuisement lié au TCA ;
- améliorer la communication au sein de la famille à propos des TCA ;
- réduire et empêcher les conflits relatifs à la maladie ;
- adapter les attentes à la réalité en période de grands changements ;
- aider les parents à nouer une relation avec l'enfant de manière à ce qu'ils puissent travailler en équipe et gérer cette maladie complexe et son traitement ;
- acquérir une meilleure compréhension de la maladie et son retentissement sur la vie quotidienne ;
- identifier des situations problèmes et cibler les difficultés rencontrées ;
- adopter de nouveaux modèles d'attitudes en travaillant sur les changements de comportement pour modifier des situations problèmes.

Sont également menées :

- des actions d'information/prévention dans certains établissements scolaires et
- des actions d'information/formation auprès de professionnels de santé.

Le principal objectif du présent projet est de donc créer des supports audiovisuels sur les troubles des conduites alimentaires, à visée :

- d'éducation thérapeutique des patients adultes et de leur famille,
- de formation des professionnels de santé dans les structures d'accueil
- et de témoignages.

Pour réaliser de tels supports, l'association ENDAT s'est entourée d'une équipe pluridisciplinaire et de partenaires pour la réalisation (scénaristes, réalisateurs, comédiens, lieux de tournages...). En outre, elle dispose de l'appui de l'AFDAS-TCA (Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire).

3. CONTENU DES OUTILS AUDIOVISUELS DE PSYCHO ÉDUCATION

Ces différents outils seront réalisés en coopération entre la société « Taïnos Production », l'association ENDAT et des professionnels de santé, compétents et particulièrement concernés.

ENDAT est directement associée à la réalisation des trois DVD éducatifs suivants :

- Le premier DVD éducatif présente la maladie avec ses symptômes et ses retentissements sur la vie quotidienne, afin d'informer de façon claire les patients et leur entourage.
- Le deuxième DVD éducatif présente les soins ainsi que l'objectif de ces soins, les différentes prises en charge et leur coordination, les différents lieux et intervenants possibles. C'est dans cette partie, plus documentaire, que des professionnels de santé interviendront.
- Le troisième DVD éducatif sera le récit de l'évolution que l'on peut envisager à l'issue de ce parcours de soin, ainsi que l'espoir, après les 2 DVD et débats précédents, de tendre vers un contrôle puis une disparition des symptômes. L'importance de la reconnaissance des signes de rechute et de leur prise en charge sera développée.

Le film, réalisé par la société « Taïnos Production », présente l'histoire romancée d'Isabelle Caro, artiste connue pour son témoignage relatif à son anorexie. Elle a lutté contre cette maladie pendant près de 15 années et, durant les dernières années de sa vie, a mené un combat destiné à dénoncer la méconnaissance de cette maladie et de la prise en charge. Cet outil a une visée plus large, une diffusion grand public (festival de Cannes, Arte...) est prévue.

3. PROPOSITIONS D'ENDAT

Ces outils de psycho éducation seront proposés :

- à l'ensemble des équipes de soins spécialisés et partenaires impliqués dans les TCA avec qui ENDAT travaille régulièrement ;
- Nous estimons qu'au moins 3000 copies devraient être distribuées dans toute la France, tant auprès des organismes de santé concernés qu'auprès des structures éducatives. Pour ce faire, l'AFDAS-TCA (<http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr/>) a déjà donné son appui à ce projet.
- aux ateliers « groupe famille » de l'association ENDAT ;
- à un public « neutre » diffusion TV, festivals, conférences...

La performance de ces supports audio visuels psycho éducatifs sera mesurée par :

- une évaluation critériée : nombre de DVD diffusés et modalités de diffusion (publics, lieux,...) ;
- une évaluation normative : satisfaction des milieux concernés et impact de santé publique (conséquences des actions préventives, incitatives et correctives mises en place).

Les délais de réalisation prévus sont les suivants :

- Tournage des films (DVD) puis montage pour en mars & avril 2013 ;
- Première projection des films en mai 2013 (pour la 5ème saison, à l'occasion de certains festivals) ;
- Evaluation des outils thérapeutiques sur 6 mois à compter de la première diffusion.

4. PLAN GLOBAL DE FINANCEMENT

Nous avons fait réaliser plusieurs devis, pour la location :

- du matériel vidéo,
- des professionnels de la réalisation,
- de l'équipe technique,
- de l'équipe artistique.

Le montant total nécessaire à la réalisation de ce projet est évalué à 93.000 € (quatre vingt treize mille euros) HT. Des partenaires et mécènes financent d'ores et déjà une partie du projet.

Il manque actuellement 18.500 € (dix huit mille cinq cents euros).

Devis prévisionnel

	La 5 ^{ème} Saison	3 DVD pour lutter contre l'anorexie	Montant total
1. Droits artistiques	1.300 €	800 €	2.100 €
2. Personnel	23.500 €	7.400 €	30.900 €
3. Interprétation	3.000 €	1.600 €	4.600 €
4. Charges sociales	10.750 €	4.500 €	15.250 €
5. Décors & costumes	5.300 €	700 €	6.000 €
6. Transports, défraiement, régie	6.700 €	1.700 €	8.400 €
7. Moyens techniques	11.000 €	2.600 €	13.600 €
8. Pellicules & laboratoires	2.300 €	800 €	3.100 €
9. Assurances & divers	1.000 €	500 €	1.500 €
SOUS-TOTAL	64.850 €	20.600 €	85.450 €
Imprévus 10%	6.500 €	2.050 €	8.550 €
Montant total HT	71.350 €	22.650 €	93.000 €

Plan de financement prévisionnel

La 5 ^{ème} Saison		3 DVD pour lutter contre l'anorexie	
Région Poitou-Charentes (acquis)	15.000 €	CCAH (espéré)	13.000 €
Aide sélective CNC	17.500 €	Mécénat privé	10.000 €
Fondation Lagardère (acquis)	4.000 €		
Ventes Chaînes TV	6.000 €		
CCAH (espéré)	16.000 €		
Fondation McDonald	3.000 €		
Mécénat privé	8.500 €		
Montant total	70.000 €		23.000 €



Chantal M. Ruault
Directrice & fondatrice
06 79 32 21 34
pierre.de-la-chapelle@orange.fr



Pierre de la Chapelle
Président de l'association ENDAT
06 79 32 21 34
chantal.ruault@laposte.net

Annexe 26. Devis 1.



LePetitSTUDIO

Devis		
N° Devis	Date	Code Client
DE1105_003	06/05/2011	183

APHP

Mlle Avenet

Dossier suivi par: Christelle LELIEVRE

Date de validité: 06/05/2011

Description	Unité	Prix Uni. HT	Mt Tot HT
Production d'une vidéo de formation			
<i>30' sur DVD</i>			
<i>date et contenu à déterminer</i>			
Pré-production			
Brief, organisation et suivi du projet	1,000	600,00	600,00
Tournage			
<i>sur la base de 2 jours divisibles</i>			
<i>10 interviews max + images d'illustrations</i>			
1 réalisateur / cadreur	2,000	650,00	1 300,00
1 assistant	2,000	450,00	900,00
1 kit matériel (caméra, son, lumières)	2,000	150,00	300,00
Post-production			
Derush et traitement	1,000	250,00	250,00
Montage bout-à-bout des 30min	5,000	600,00	3 000,00
Forfait infographies et incrustations textes, logos	1,000	600,00	600,00
Recherche et achat d'une musique simple libre de droits	1,000	250,00	250,00
Contrôle, exports et création du master DVD	1,000	150,00	150,00

Bon pour accord:
 Fait à :
 Tampon société

Total HT	7 748,00
Total TVA	1 518,61
Total TTC	9 266,61

PAGE : 1 / 2

LE PETIT STUDIO

S.A.R.L. au capital de 35 000 Euros

2 TER VILLA THORETON 75015 PARIS

Tel: + 33 1 56 36 05 17 Fax + 33 1 56 36 08 56

Siret : 52449702100013 Code APE: 5911A:

WWW.LEPETITSTUDIO.EU



Devis		
N° Devis	Date	Code Client
DE1105_003	06/05/2011	183

APHP
Mlle Avenet

Dossier suivi par: Christelle LELIEVRE

Date de validité: 06/05/2011

Description	Unité	Prix Uni. HT	Mt Tot HT
Duplication 200 ex			
Gravure master DVD, impression quadri full (création graphique simple de la rondelle offerte)	200,000	1,65	330,00
Conditionnement pochettes souples transparentes	200,000	0,09	18,00
Livraison 1 point normal Paris	1,000	50,00	50,00
<u>Ce devis ne comprend pas :</u> L'achat de visuels Les frais de déplacement et de vie de l'équipe hors IDF			

Bon pour accord:
Fait à :
Tampon société

Total HT	7 748,00
Total TVA	1 518,61
Total TTC	9 266,61

PAGE : 2 / 2

Annexe 29. Devis 4.



365 rue des Vœux Saint Georges
94290 Villeneuve le Roi
mi-prod.fr
507 548 493 R.C.S. Créteil

Devis

Date : 03/09/14
N° de Devis : Lou-pro26 - 531

Devis valable jusqu'au 03/10/14

Contact commercial : Geoffroy de l'Aigle
Tel : 06 72 49 14 74 Mail : geoffroy.delaigle@mi-prod.fr

Pour : Films institutionnels

CLIENT : Louise Avenet

Contact : Tel :
Adresse : Mail :
Ville : C.P. :
Précisions : Autres :

Description	Qtité	P.U.H.T.	Montant
Films institutionnels			
Tournage			
1 Pack IMAGE Catégorie 1	8 j	836,00 €	6 688,00 €
1 Pack Son - Catégorie I	8 j	382,00 €	3 056,00 €
1 Pack Maquilleuse Catégorie I	4 j	382,00 €	1 528,00 €
Post.prod			
1 Monteur - Conformateur	2 j	400,00 €	800,00 €
1 Monteur	15 j	455,00 €	6 825,00 €
1 Motion designer	5 j	455,00 €	2 275,00 €
1 Etalonneur	3 j	400,00 €	1 200,00 €
3 Export	3 h	30,00 €	90,00 €

SOUS-TOTAL 22 462,00 €

TOTAL H.T. 22 462,00 €

TAUX 20,00%

T.V.A. 4 492,40 €

TOTAL T.T.C. 26 954,40 €

Paiement :

50% à signature du devis et le solde à livraison des supports

- Chèque à l'ordre de MIPROD sarl

- Virement : Domiciliation : BPRIVES MONTGERON (00074)

IBAN : FR 76 1020 7000 7420 2165 4938 081

BIC : CCBPFRPPMTG

En signant ce devis, je reconnais accepter les conditions générales de MI prodSARL

Limite de validité du devis : 3 Octobre 2014

BIBLIOGRAPHIE

1. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS, Raevuori A, Sihvola E, Bulik CM, et al. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychol Med*. 2009 May;39(5):823–31.
2. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*. 2007 Aug;164(8):1259–65.
3. American psychiatric association, Crocq M-A, Guelfi J-D. DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2004.
4. American psychiatric association, Crocq M-A, Guelfi J-D. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
5. Steinhausen H-C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*. 2002 Aug;159(8):1284–93.
6. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 Feb 1;61(3):348–58.
7. Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, Callahan ST, Forman S, Jay MS, et al. Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2013 Aug;53(2):303–5.
8. Trace SE, Thornton LM, Root TL, Mazzeo SE, Lichtenstein P, Pedersen NL, et al. Effects of reducing the frequency and duration criteria for binge eating on lifetime prevalence of bulimia nervosa and binge eating disorder: Implications for DSM-5. *Int J Eat Disord*. 2012 May;45(4):531–6.
9. Corcos M, Lamas C, Pham-Scottez A, Doyen C. L'anorexie mentale: déni et réalités. Rueil-Malmaison: Doin; 2008.
10. Vindreau C. Troubles des conduites alimentaires. In: *Traité d'addictologie sous la direction de MReynaud*. Paris: Flammarion médecine-sciences; 2006.
11. Léonard T, Foulon C, Guelfi J-D. Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. *EMC - Psychiatr*. 2005 Apr;2(2):96–127.
12. Katz MG, Vollenhoven B. The reproductive endocrine consequences of anorexia nervosa. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2000 Jun;107(6):707–13.
13. Rozé C, Doyen C, Le Heuzey M-F, Armoogum P, Mouren M-C, Léger J. Predictors of late menarche and adult height in children with anorexia nervosa. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2007 Sep;67(3):462–7.

14. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2013 May 1;73(9):904–14.
15. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *The Lancet*. 2010 Feb;375(9714):583–93.
16. Von Holle A, Poyastro Pinheiro A, Thornton LM, Klump KL, Berrettini WH, Brandt H, et al. Temporal patterns of recovery across eating disorder subtypes. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008 Jan;42(2):108–17.
17. Papadopoulous FC, Ekblom A, Brandt L, Ekselius L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2009 Jan;194(1):10–7.
18. Ágh T, Kovács G, Pawaskar M, Supina D, Inotai A, Vokó Z. Epidemiology, health-related quality of life and economic burden of binge eating disorder: a systematic literature review. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes*. 2015 Mar;20(1):1–12.
19. Haute autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Anorexie mentale: prise en charge. [Internet]. 2010. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge
20. Hillen S, Dempfle A, Seitz J, Herpertz-Dahlmann B, Bühren K. Motivation to change and perceptions of the admission process with respect to outcome in adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*. 2015;15:140.
21. Vandereycken W, Van Humbeeck I. Denial and concealment of eating disorders: a retrospective survey. *Eur Eat Disord Rev*. 2008 Mar;16(2):109–14.
22. Vénisse J. Repères pour la prise en charge des conduites de dépendance du sujet jeune. In: *Traité d’addictologie sous la direction de MReynaud*. Paris: Flammarion médecine-sciences; 2006. p. 219–22.
23. Wilson GT, Shafran R. Eating disorders guidelines from NICE. *The Lancet*. 2005 Jan 1;365(9453):79–81.
24. National Collaborating Centre for Mental Health, editor. Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders ; National Clinical Practice Guideline No. CG9. Leicester: British Psychological Society [u.a.]; 2004. 260 p.
25. American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. 2006 Jul;163(7 Suppl):4–54.
26. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, Herzog DB, Mitchell JE, Powers P, et al. Guideline Watch (August 2012): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders, 3rd Edition. *FOCUS*. 2014 Jan;12(4):416–31.
27. Van Son GE, van Hoeken D, van Furth EF, Donker GA, Hoek HW. Course and outcome

- of eating disorders in a primary care-based cohort. *Int J Eat Disord.* 2010 Mar;43(2):130–8.
28. Ogg EC, Millar HR, Pusztai EE, Thom AS. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 1997 Jul;22(1):89–93.
 29. Rive-Lange C. Anorexie mentale et médecine générale: réflexions concernant la place du médecin généraliste dans le parcours de soins des patientes atteintes d'anorexie mentale. Approche qualitative à partir d'entretiens réalisés auprès des patientes, 95p, Thèse: Médecine: Paris 7 Denis Diderot:2013. n°PA07M168.
 30. Zipfel S, Wild B, Groß G, Friederich H-C, Teufel M, Schellberg D, et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl.* 2014 Jan 11;383(9912):127–37.
 31. Feld R, Woodside DB, Kaplan AS, Olmsted MP, Carter JC. Pretreatment motivational enhancement therapy for eating disorders: A pilot study. *Int J Eat Disord.* 2001 May;29(4):393–400.
 32. Vansteenkiste M, Soenens B, Vandereycken W. Motivation to change in eating disorder patients: A conceptual clarification on the basis of self-determination theory. *Int J Eat Disord.* 2005 Apr;37(3):207–19.
 33. Stefano SC, Bacaltchuk J, Blay SL, Hay P. Self-help treatments for disorders of recurrent binge eating: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006 Jun;113(6):452–9.
 34. Reas DL, Grilo CM. Review and Meta-analysis of Pharmacotherapy for Binge-eating Disorder. *Obesity.* 2008 Sep;16(9):2024–38.
 35. Stefano SC, Bacaltchuk J, Blay SL, Appolinário JC. Antidepressants in short-term treatment of binge eating disorder: Systematic review and meta-analysis. *Eat Behav.* 2008 Apr;9(2):129–36.
 36. France, Markus J-P, Cristol D, Peigné J, Sprungard S. Code de la santé publique. 29th ed. Paris: Dalloz; 2015. consultable sur <http://legifrance.gouv.fr> p.
 37. Conseil National de l'Ordre des médecins. Article 35. Commentaires du code de Déontologie. 2012 Nov 10; Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous>
 38. Palazzolo J. Informer le patient en psychiatrie: rôle de chaque intervenant: entre légitimité et obligation. Paris: Masson; 2003. 278 p.
 39. Gay C, Colombani M, Bellivier F, Charrier P. Définition de la psychoéducation. In: Manuel de psychoéducation : troubles bipolaires. Paris: Dunod; 2013. p. 6–19.
 40. Gerbaud L. Éducation thérapeutique et santé publique : questions croisées. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2015 Feb;173(1):106–12.
 41. OMS, Therapeutic patient education - Continuing education programmes for healthcare

- providers in the field of chronic disease. Rapport de l’OMS-Europe, publié en 1996, traduit en français en 1998. [Internet]. Available from: <http://www.who.int/fr/>
42. Haute autorité de Santé. Education thérapeutique du patient: comment élaborer un programme spécifique d’une maladie chronique. [Internet]. 2007. Available from: <http://www.has-sante.fr>
 43. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient: définition, finalités et organisation. [Internet]. 2007. Available from: <http://www.has-sante.fr>
 44. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient: comment la proposer et la réaliser [Internet]. 2007. Available from: <http://www.has-sante.fr>
 45. Pancrazi MP, Ortuno E, Delbosc C., de la Tribonnière X. Echo des 12e Journées régionales d’échanges sur l’éducation du patient [Internet]. Montpellier; 2012. Available from: http://www.afdet.net/AFDET_fichup/journal-627.pdf
 46. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills Training Versus Psychosocial Occupational Therapy for Persons With Persistent Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1998 Aug;155(8):1087–91.
 47. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family Treatment of Adult Schizophrenic Patients: A Psycho-educational Approach. *Schizophr Bull*. 1980 Jan 1;6(3):490–505.
 48. Bonsack C, Rexhaj S, Favrod J. Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2015 Feb;173(1):79–84.
 49. Psychoéducation des troubles bipolaires. Dossier de presse Fondation FondaMental. 2011 mai.
 50. Ledoux A, Cioltea D. Psychoéducation et attitude phénoménologique en psychothérapie de groupe. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2010 Nov;168(9):649–54.
 51. Riva G, Bacchetta M, Baruffi M, Molinari E. Virtual-reality-based multidimensional therapy for the treatment of body image disturbances in binge eating disorders: a preliminary controlled study. *IEEE Trans Inf Technol Biomed Publ IEEE Eng Med Biol Soc*. 2002 Sep;6(3):224–34.
 52. Pettersen G, Rosenvinge JH, Wynn R. Eating disorders and psychoeducation - patients’ experiences of healing processes: Eating disorders and psychoeducation. *Scand J Caring Sci*. 2011 Mar;25(1):12–8.
 53. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, et al. The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophr Bull*. 2010 Jan 1;36(1):48–70.
 54. Gay C, Cuche H, Cléry-Melin P. Mesures psychoéducatives et troubles bipolaires. Données actuelles. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2006 Jul;164(5):446–50.
 55. Hibbs R, Rhind C, Leppanen J, Treasure J. Interventions for caregivers of someone with an eating disorder: a meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2015 May;48(4):349–61.

56. Piat M, Pearson A, Sabetti J, Steiger H, Israel M, Lal S. International training programs on eating disorders for professionals, caregivers, and the general public: A scoping review. *J Eat Disord* [Internet]. 2015 Dec [cited 2015 Sep 16];3(1). Available from: <http://www.jeatdisord.com/content/3/1/28>
57. Goddard E, Macdonald P, Treasure J. An examination of the impact of the Maudsley Collaborative Care skills training workshops on patients with anorexia nervosa: a qualitative study. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2011 Apr;19(2):150–61.
58. Vandereycken W, Aerts L, Dierckx E. What knowledge do patients have about the physical consequences of their eating disorder? *Eat Weight Disord EWD*. 2013 Mar;18(1):79–82.
59. Balestrieri M, Isola M, Baiano M, Ciano R. Psychoeducation in Binge Eating Disorder and EDNOS: a pilot study on the efficacy of a 10-week and a 1-year continuation treatment. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes*. 2013 Mar;18(1):45–51.
60. Leichner P. Un soutien aux repas efficace. Guide pour les proches et les professionnels. Manuel et video. Fondation Sandrine Castellotti. version française de 2008 (2003);
61. Cairns JC, Styles LD, Leichner P. Evaluation of meal support training for parents and caregivers using a video and a manual. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry J Académie Can Psychiatr Enfant Adolesc*. 2007 Nov;16(4):164–6.
62. Macdonald P, Murray J, Goddard E, Treasure J. Carer's experience and perceived effects of a skills based training programme for families of people with eating disorders: A qualitative study. *Eur Eat Disord Rev*. 2011 Nov;19(6):475–86.
63. Rhind C, Hibbs R, Goddard E, Schmidt U, Micali N, Gowers S, et al. Experienced Carers Helping Others (ECHO): Protocol for a Pilot Randomised Controlled Trial to Examine a Psycho-educational Intervention for Adolescents with Anorexia Nervosa and Their Carers: ECHO Trial Protocol. *Eur Eat Disord Rev*. 2014 Jul;22(4):267–77.

TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE DE L'ADULTE :
RÉALISATION D'UNE VIDÉO DE PSYCHOÉDUCATION

Résumé : Les troubles des conduites alimentaires sont des pathologies aux conséquences psychiques et somatiques potentiellement graves, avec une forte mortalité. On sait que le pronostic en est d'autant meilleur que des soins adaptés sont mis en place rapidement. L'entourage proche est souvent très impliqué et démuni face à de type de maladies, et exprime le plus souvent une détresse psychologique importante à laquelle il faut savoir apporter des réponses, afin de renforcer son rôle de ressource et de soutien pour le patient. On constate que les soignants sont eux-mêmes peu formés au dépistage, au diagnostic et à l'accompagnement des troubles alimentaires. Il existe des approches thérapeutiques efficaces, comme la psychoéducation, pour développer une meilleure alliance thérapeutique.

Cette thèse a pour objectif de réaliser un outil audio-visuel de psychoéducation destinés aux patients souffrant de TCA, à leurs familles et aux soignants, susceptibles de les accompagner. Ce support est composé de trois vidéos abordant les symptômes, les niveaux de soins en fonction de l'évolution de la maladie et les objectifs des prises en charge.

Ils pourront être diffusés à un niveau national via les réseaux de professionnels et les associations impliqués dans la prise en charge des TCA. La pertinence et l'efficacité de cet outil resteront à évaluer.

Mots clés : psychoéducation, troubles du comportement alimentaire, vidéo, audio-visuel, anorexie mentale, boulimie

Titre en anglais : A psychoeducational audio-visual tool for adult patients with eating disorders

Abstract : Eating disorders are pathologies with potentially serious psychic and somatic consequences, and high mortality. It is known that the prognosis is improved if a suitable care is quickly established. Caregivers are often highly involved and helpless in facing such diseases. They often express a significant psychological distress. We must contribute to provide them answers, to strengthen their key role as a resource and support for the patient. It is found that carers themselves are poorly trained in screening, diagnosing and supporting eating disorders. There are effective therapeutic approaches, such as psychoeducation, to improve therapeutic alliance.

This thesis aims to realize a psychoeducational audio-visual tool for patients with eating disorders, their caregivers, and professional carers. This tool includes three movies approaching the symptoms and the choice of treatment setting, based on the disease course and the care's goals. They may be broadcast on a national level through professional networks and associations involved in the treatment of eating disorders. The relevance and effectiveness of this tool has to be further evaluated.

Keywords : psychoeducation, eating disorders, audio-visual, anorexia nervosa, bulimia nervosa

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06

