



HAL
open science

Évaluation du programme Body Acceptance Therapy chez des adolescentes présentant des troubles du comportement alimentaire

Anaïs Carreras

► **To cite this version:**

Anaïs Carreras. Évaluation du programme Body Acceptance Therapy chez des adolescentes présentant des troubles du comportement alimentaire. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-04380603

HAL Id: dumas-04380603

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04380603>

Submitted on 8 Jan 2024

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

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2018

EVALUATION DU PROGRAMME *BODY ACCEPTANCE THERAPY* CHEZ DES ADOLESCENTES PRESENTANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Anaïs CARRERAS

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE

Le 6 juillet 2018

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Mr. le Professeur Thierry BOUGEROL

Membres :

Mr. le Professeur Mircea POLOSAN

Mme. le Maître de Conférence Amandine RUBIO

Mme. le Docteur Christelle PROST LEHMANN (directrice de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2017-2018

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGLIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie

PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

A nos juges et maîtres,

A Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL

Nous le remercions de nous faire l'honneur de présider notre jury. Nous avons su saisir la qualité de son accompagnement et engagement auprès des internes, de ses remarquables qualités de clinicien et d'enseignant. Nous lui adressons toute notre reconnaissance pour son soutien dans les moments de doutes. Nous nous efforcerons de nous inspirer de ses qualités humaines et médicales dans l'exercice de notre métier de psychiatre. Nous lui adressons notre estime et notre profond respect. Nous sommes honorée de prochainement compter parmi les membres de son équipe.

A Monsieur le Professeur Mircea POLOSAN

Nous le remercions d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse. Nous avons su apprécier la qualité de son enseignement et de son expertise dans le domaine de la recherche. Nous lui adressons tous nos remerciements pour son aide dans l'élaboration de ce projet de thèse.

A Madame le Maître de Conférence Amandine RUBIO

Nous la remercions d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse en sa qualité d'expert dans le domaine de la gastropédiatrie. Nous avons su apprécier sa collaboration au sein de l'équipe de liaison pédopsychiatrique pour les patients atteints de troubles du comportement alimentaire.

A Madame le Docteur Christelle PROST LEHMANN

Nous la remercions profondément d'avoir accepté d'encadrer ce travail de thèse et de faire partie de notre jury de thèse. Nous avons su mesurer la valeur de ses qualités humaines, de son engagement auprès des patients et de son équipe, et de ses compétences médicales. Elle fera partie de ces médecins qui nous inspirent quotidiennement dans l'exercice de notre métier de psychiatre et dans l'encadrement des étudiants. Nous lui adressons notre profonde gratitude et admiration. Nous sommes fière de pouvoir continuer de travailler en collaboration.

A Monsieur le Professeur Eric STICE et Madame le Maître de Conférence Rebecca SHANKLAND

Nous les remercions pour avoir fait naître ce projet. Nous leur en sommes reconnaissante pour leur implication dans la transmission du programme *Body Acceptance Therapy*.

Je remercie toutes les équipes que j'ai pu rencontrer au cours de mon internat.
Les médecins qui m'ont encadrée dans l'apprentissage du métier de psychiatre.
Les équipes soignantes qui m'ont enseigné la clinique au plus près des patients.
Les psychologues cliniciens qui m'ont transmis de nouvelles grilles de lecture clinique et de psychothérapie.

Je remercie le Docteur Fouad CHADLI qui a su m'aider à construire et organiser mon parcours d'interne.

Je remercie l'équipe de Thonon-Les-Bains qui a su m'accueillir chaleureusement au fin fond de la haute Savoie et me permettre de faire mes premiers pas en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Je remercie le CHU de Grenoble pour m'avoir accompagnée dans mon travail de mémoire et de thèse sur les Troubles du Comportement Alimentaire.

Je remercie l'équipe de l'Espace Victor pour m'avoir confortée dans l'exercice de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, avoir transmis tant de partage, et m'avoir aidé à croire en moi.

Je remercie le Docteur FILSNOEL pour sa transmission de savoir et savoir-faire.

Je remercie l'équipe de l'internat de Grenoble pour avoir été là pendant ces quatre années, pour son jus d'orange le matin, pour toutes ses petites attentions au quotidien, pour les heures passées à discuter dans le bureau de Marie-Angèle.

Je remercie mes co-internes pour m'avoir soutenue, m'avoir aidée à me rendre compte que j'étais une interne normale, avec ses doutes et ses forces.

Je remercie mes parents, mon frère, ma famille, mes amis, qui m'ont supportée et accompagnée au long de ses études, parsemées de découvertes, d'excitation et de doutes.

Je remercie B. PASCAL pour m'accompagner dans mes difficultés professionnelles et personnelles.

Je remercie mes amis de danse, de montagne, de spéléologie, de plongée, de nature qui me font vivre des moments incroyables et me ressourcent.

SOMMAIRE

RÉSUMÉ :	10
ARTICLE.....	11
1-INTRODUCTION	11
1-1-Les troubles du comportement alimentaire : données générales.....	11
1-1-1-Description clinique et définition des troubles du comportement alimentaire.....	11
1-1-2-Données actuelles d'un point de vue épidémiologique.....	12
1-1-3-L'influence socioculturelle sur la construction de l'idéal de minceur	12
1-1-4- L'adolescence : période de vulnérabilité face aux TCA	13
1-1-5-Evolution des TCA.....	13
1-2- Les prises en charge psychothérapeutiques validées dans les TCA.....	14
1-3-Elaboration d'un programme thérapeutique.....	15
1-3-1-La dissonance cognitive et la théorie de l'engagement dans les TCA	15
1-3-2- A l'origine : le programme de prévention Body Project.....	16
1-3-3- Description du programme BAT	17
1-3-4-Etude pilote d'évaluation du programme BAT aux Etats-Unis	18
1-4-Problématique	18
2 – METHODE	20
2-1- Critères d'inclusion et de non-inclusion des patients	20
2-2-Déroulement du programme BAT	20
2-3 – Evaluation quantitative : les outils de mesures utilisés.....	21
2-3-1 - Eating Disorder Inventory – 2 (EDI-2)	21
2-3-2 - Eating Disorder Questionnaire (EDE-Q)	22
2-3-3- Body Shape Questionnaire (BSQ).....	23
2-3-4- Evaluation de la participation au programme	23
2-3-5-Analyse statistique.....	23
2-4- Evaluation qualitative.....	24
2-4-1-Justification de la méthode qualitative et de l'analyse phénoménologique interprétative.....	24
2-4-2- L'entretien semi-structuré	25
2-4-3-Analyse des entretiens semi-structurés : analyse phénoménologique interprétative	25
3 - RESULTATS.....	27
3-1- Description de la cohorte	27
3-2- Evaluation quantitative.....	28
3-2-1-Variation des IMC	29
3-2-2-Variation des scores à l'EDE-Q	29
3-2-3-Variation du score recherche de minceur à l'EDI-2.....	29

3-2-4- Variation des scores au BSQ.....	29
3-3-Analyse qualitative des entretiens semi-structurés.....	30
3-3-1-Acceptabilité.....	30
3-3-2-Impact thérapeutique	35
4 – DISCUSSION	39
4-1-Discussion des résultats de l'étude	39
4-1-1-Discussion concernant l'acceptabilité du programme.....	39
4-1-2-Discussion concernant l'efficacité de l'étude.....	41
4-2-Forces et limites de l'étude	43
4-2-1-Concernant l'analyse qualitative	43
4-2-2-Concernant l'évaluation quantitative	44
4-2-3-Influence des thérapeutes sur le programme	45
4-3-Caractère groupal du programme BAT	45
4-3-1-Impact sur l'assiduité et l'engagement au programme.....	45
4-3-2-Impact sur l'humeur, les affects négatifs et l'estime de soi	45
4-3-3-Impact sur la prise de conscience des troubles et l'élaboration psychique	46
4-3-4-Impact sur la motivation au changement et les stratégies de guérison.....	47
4-3-5-Impact sur le plan relationnel	47
4-3-6-Impact sur le plan identitaire	48
5-CONCLUSION	49
CONCLUSION :	Error! Bookmark not defined.
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXES	56
Tableau 1 Description des différentes séances du programme de prévention <i>Body Project</i>	56
Tableau 2 Description des différentes séances du programme thérapeutique <i>Body Acceptance Therapy</i>	57
Tableau 3 Guide d'entretien semi-structuré.....	58
Retranscription des entretiens semi-structurés.....	59

EVALUATION DU PROGRAMME *BODY ACCEPTANCE THERAPY* CHEZ DES ADOLESCENTES PRESENTANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

RÉSUMÉ :

Contexte - Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont un problème de santé publique. Ils requièrent une prise en charge précoce et spécialisée, peu accessible aujourd'hui en France. Le Body Acceptance Therapy (BAT) est un programme thérapeutique de groupe créé aux Etats-Unis pour des patients souffrants de TCA. Il s'agit d'un programme de première ligne de huit semaines basé sur le principe de la dissonance cognitive et de la théorie de l'engagement. Il cible l'insatisfaction corporelle et l'internalisation de l'idéal de minceur qui sont des facteurs de maintien du TCA. Son efficacité a été mise en évidence dans une étude pilote réalisée en population adulte aux Etats-Unis, mais jamais testée à notre connaissance en population adolescente.

Objectif – Evaluation qualitative et quantitative de l'acceptabilité et de l'efficacité du programme BAT en population adolescente chez des jeunes filles présentant un TCA de type anorexie mentale ou boulimie.

Méthode – Evaluation au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, par des autoquestionnaires avant et après le programme, et par un entretien semi-structuré après le programme, chez un groupe de cinq adolescentes présentant un TCA.

Résultats - L'analyse qualitative montre une bonne acceptabilité de ce programme. Le caractère groupal en est le point fort. Il a un impact favorable sur le plan motivationnel, cognitif, émotionnel, relationnel, mais est éphémère sur le plan comportemental. L'analyse quantitative montre une diminution significative des préoccupations alimentaires et de l'insatisfaction corporelle, une réduction non significative des symptômes alimentaires, mais un effet moins franc sur l'internalisation de l'idéal de minceur.

Conclusion – L'acceptabilité de ce groupe est bonne. L'efficacité apparaît sur certains facteurs de maintien du TCA. Une étude contrôlée, randomisée, sur un échantillon plus important, est nécessaire pour préciser ces résultats.

MOTS CLÉS : troubles du comportement alimentaire, thérapie de groupe, dissonance cognitive, théorie de l'engagement, évaluation qualitative, évaluation quantitative

ARTICLE

1-INTRODUCTION

1-1-Les troubles du comportement alimentaire : données générales

1-1-1-Description clinique et définition des troubles du comportement alimentaire

Les conduites alimentaires assurent l'homéostasie de l'organisme sur le plan énergétique et nutritionnel. Elles sont soumises à des mécanismes de régulation, sous l'influence de facteurs physiologiques (faim, satiété), psychologiques (stress), comportementaux (lié à l'apprentissage) et environnementaux (caractère socioculturel de l'alimentation et de l'idéal de minceur).

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont une perturbation significative et durable de la prise alimentaire (1,2). Leur étiopathogénie est plurifactorielle (1). Il existe des facteurs prédisposants biologiques (génétiques, sexe féminin), sociaux (internalisation des idéaux sociétaux), familiaux (préoccupations alimentaires et corporelles au sein de la famille), psychologiques (carences affectives, trouble de l'estime de soi, affects négatifs, perfectionnisme, insatisfaction corporelle). Les facteurs déclenchants sont souvent des régimes stricts, des remarques de proches concernant l'alimentation et l'apparence corporelle, des événements de vie stressants, la puberté. Les facteurs d'entretien (1) sont les désordres induits par la dénutrition : biologiques et métaboliques (trouble du transit, perturbation des rythmes biologiques, appétence pour les aliments très caloriques, frénésies alimentaires, dénutrition), psychologiques (dysmorphophobie, identité de substitution, dépression, anxiété), neurologiques (dérèglement du système de récompense) et relationnels (modification de la dynamique relationnelle).

Les TCA chez l'adolescent sont au nombre de quatre : l'anorexie mentale, la boulimie,

l'hyperphagie boulimique et les autres troubles du comportement alimentaire spécifiés et non spécifiés (TCASNS) (3). Il existe un lien étroit entre anorexie mentale et boulimie : 20 à 50% des anorexiques font des crises de boulimie au cours de leur vie, 27% des boulimiques ont des antécédents d'anorexie mentale (4). Il existe donc des modèles explicatifs communs à ces deux pathologies, donc possiblement des traitements communs.

1-1-2-Données actuelles d'un point de vue épidémiologique

Les TCA sont un problème de santé publique. Selon les critères du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-5) (3), une étude aux Etats-Unis (4) montre une prévalence vie entière chez des adolescentes entre 13 et 18 ans à : 0,3% pour l'anorexie mentale, 0,9% pour la boulimie, 1,6% pour l'hyperphagie boulimique. Une autre étude aux Etats-Unis (5) montre que 13,1% des adolescentes en population générale sont confrontées à un TCA sur un suivi de 8 ans. Une récente analyse (6) montre qu'il n'y a pas de différence en termes de prévalence des TCA entre les Etats-Unis, la France et le Canada.

1-1-3-L'influence socioculturelle sur la construction de l'idéal de minceur

La société véhicule de nombreux messages concernant l'idéal corporel, à savoir un idéal de minceur (1,2), via une médiatisation et un marketing de plus en plus importants des régimes amincissants, des compléments alimentaires, de l'exercice physique, des salles de sport. Cette hyperconnexion envahit le quotidien de la population générale. L'idéal de minceur est ainsi internalisé et prêché insidieusement par le plus grand nombre. De manière pernicieuse, cette hyperconnexion favorise les démarches autodidactes des individus concernant la maîtrise de leur corps et de leur alimentation, via les réseaux sociaux, blog, etc. Si l'objectif de minceur n'est pas atteint, s'il existe un écart entre l'idéal de minceur et la forme corporelle de l'individu, cela génère chez lui une insatisfaction corporelle, affectant le bien-être et l'estime de soi, favorisant l'émergence de TCA.

1-1-4- L'adolescence : période de vulnérabilité face aux TCA

Les préadolescents et adolescents (1,2) sont particulièrement vulnérables aux désordres alimentaires. En effet, lors de l'entrée dans la puberté, le corps connaît de nombreuses modifications corporelles. L'adolescent est dans une démarche d'autonomisation sur le plan logistique et affectif. Il est confronté à des questionnements concernant l'orientation professionnelle. C'est la période des premières relations amoureuses, avec leurs plaisirs et leurs échecs. Ces bouleversements sont de l'ordre de l'incontrôlable, de l'imprévisible. Ils peuvent générer ainsi un sentiment d'impuissance et d'anxiété. En réponse, la maîtrise de l'alimentation et de l'image corporelle peut être pensée comme une stratégie de reprise de contrôle, favorisant l'émergence d'un TCA chez les personnes vulnérables.

L'anorexie mentale survient principalement au début ou au milieu de l'adolescence. La boulimie apparaît plutôt en fin d'adolescence ou après, et l'hyperphagie boulimique plutôt après l'adolescence.

C'est donc cette période de l'adolescence particulièrement à risque de TCA qui est ciblée par notre étude. Elle est également visée car l'apparition du symptôme est plus récente, donc plus facilement mobilisable vers un changement. C'est un moment de développement biologique et cognitif, propice aux changements sur le plan cognitif et comportemental (7).

1-1-5-Evolution des TCA

Leur évolution est marquée par la chronicité avec de nombreuses rechutes, une détresse psychique importante due à la fréquence de comorbidités psychiatriques (dépression, tentative de suicide, trouble anxieux, addiction) et due à un dysfonctionnement majeur sur le plan social, et un taux important de mortalité (8, 9, 10).

En effet, dans une population d'adolescentes, la durée moyenne d'un épisode de TCA est de 8 mois pour l'anorexie mentale, 2,9 mois concernant la boulimie et 3,3 mois dans l'hyperphagie boulimique (8). Dans cette même population, 25% des sujets anorexiques, 23% des sujets boulimiques et 33% des sujets hyperphagiques rechutent (8). Chez des adolescents

(9), 55,2% des sujets anorexiques, 88% des sujets boulimiques et 83,5% des sujets hyperphagiques présentent des comorbidités psychiatriques, en particulier des troubles de l'humeur et des troubles anxieux. Dans une population adolescente, 31,4% des sujets anorexiques, 53% des sujets boulimiques et 34,4% des sujets hyperphagiques ont des idées suicidaires (9).

Les TCA ont également le plus fort taux de mortalité parmi les autres troubles psychiatriques : le taux de mortalité standardisé (nombre de décès observés dans la population étudiée/nombre de décès attendus dans la population d'origine) est de 5,86 dans l'anorexie mentale, 1,93 pour la boulimie, 1,92 pour l'hyperphagie et les TCASNS (10). Le taux de tentative de suicide dans une population adolescente est de 8,2% dans l'anorexie mentale, 35,1% dans la boulimie, 15,1% dans l'hyperphagie (9).

Une récente méta-analyse (11) montre que les patients atteints de TCA présentent un plus fort taux de vérification corporelle ou d'évitement corporel que les sujets contrôles, et ce quelque soit le type de TCA. Les facteurs persistants même après rémission sont l'insatisfaction corporelle et la poursuite d'un idéal de minceur (12). Ces facteurs sont impliqués dans la rechute (12).

Il semble donc important de cibler la poursuite d'idéal de minceur et l'insatisfaction corporelle dans un programme thérapeutique prenant en charge tout type de TCA.

1-2- Les prises en charge psychothérapeutiques validées dans les TCA

Sur le plan psychothérapeutique, trois techniques ont prouvé leur efficacité : la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie interpersonnelle dans la boulimie et l'hyperphagie (13–15), la thérapie familiale dans l'anorexie mentale (16).

Seulement, le problème actuel est que plus de 80% des personnes atteintes de TCA ne bénéficient pas de soins adaptés et spécifiques (6). D'abord, les TCA requièrent des soins

intensifs, longs et donc chers (17,18). Ensuite, les soins ne sont pas les mêmes suivant le type de TCA diagnostiqué, rendant l'orientation thérapeutique complexe. Par ailleurs, les spécialistes et structures de soin spécialisées sont limités. Ceci est accentué par le fait que les formations spécifiques sont coûteuses en termes de temps et d'argent, délivrées par un nombre de formateurs experts limités (19–21). Enfin, lorsque des soins spécifiques aux TCA sont mis en place, ils ne sont pas tous conformes aux programmes testés dans les études (22).

D'où l'idée de construire un programme de soin efficace, adapté à tous les TCA, dont la formation serait peu coûteuse. Il serait facilement disséminable dans différentes structures de soin et accessible. Sa mise en place serait facile, courte et peu chère.

1-3-Elaboration d'un programme thérapeutique

1-3-1-La dissonance cognitive et la théorie de l'engagement dans les TCA

Le principe de la dissonance cognitive (23), élaboré par Festinger en 1957, est basé sur les théories cognitivo-comportementalistes. L'existence de deux éléments de connaissance, une cognition ou un comportement, qui ne s'accordent pas, crée un inconfort. L'individu se voit obligé de les faire s'accorder pour réduire cet inconfort. Par exemple, critiquer en public l'idéal de minceur, chez un sujet soumis à ce dernier, crée un inconfort. Cet inconfort est issu d'une incohérence entre ses comportements et ses pensées : critiquer l'idéal de minceur alors qu'il est souhaité. Pour réduire cet inconfort, le sujet est alors poussé à réduire cette appétence pour l'idéal de minceur afin de restaurer une cohérence. L'abandon de la poursuite de l'idéal de minceur favorise ensuite la diminution de l'insatisfaction corporelle, des comportements de contrôle du poids et donc des symptômes des TCA.

La théorie de l'engagement, inspirée des travaux de Charles Kiesler en 1971 (24), porte sur les conditions et les effets de l'engagement d'un individu. Elle est considérée comme une forme radicale de dissonance cognitive. Les facteurs favorisant l'engagement sont

(25) : (i) le sentiment de libre arbitre, (ii) le fort degré d'engagement de l'individu dans son acte, (iii) la présence de conséquences dans l'acte, (iv) le caractère public de l'acte. Les travaux de R.V. Joule et T. Azdia (26) mettent en évidence que la réalisation de deux comportements contrattitudinels fortement engageants débouche sur un changement d'attitude significativement plus fort que la réalisation d'un seul comportement contrattitudinel fortement engageant, ou plus fort que la réalisation de deux comportements contrattitudinels dont un faiblement engageant et un fortement engageant.

Il a alors été pensé un programme s'appuyant sur ces principes, dans les TCA.

1-3-2- A l'origine : le programme de prévention Body Project

Un programme de prévention en population générale, au sein des écoles, a été développé par Eric Stice en 2000 aux Etats-Unis : le Body Project (27). Il comporte quatre séances d'une heure, pendant lesquelles et entre lesquelles sont proposés des exercices écrits, comportementaux et oraux avec un intervenant [voir tableau 1 en annexe]. Le principe est de créer une dissonance cognitive sur l'insatisfaction corporelle et la poursuite de l'idéal de minceur, qui sont les deux facteurs de risque de TCA (28).

Il est montré que le Body Project est à l'origine d'une diminution plus importante des symptômes alimentaires chez les personnes ayant initialement une forte internalisation de l'idéal de minceur (28) et chez les personnes avec un TCA, selon le DSM-5, que par rapport à celles ayant un TCA subsyndromique ou aucun TCA (29,30). Le Body Project réduit l'internalisation de l'idéal de minceur (31). Le body Project éteint également le sentiment d'insatisfaction corporelle chez les jeunes filles lors de la confrontation aux modèles de minceur (32). Une autre étude (33) montre qu'après une intervention Body Project, les patientes allouent moins d'attention à l'idéal de minceur. Cet effet est objectivé à l'IRM fonctionnelle par une diminution de l'activation du noyau caudé et du cortex cingulaire antérieur lors de l'exposition à des images de femmes très maigres (33).

1-3-3- Description du programme BAT

Devant les résultats probants du programme de prévention *Body Project*, un programme thérapeutique de première ligne a été pensé pour des sujets atteints de TCA : le *Body Acceptance Therapy* (BAT). Il est indiqué chez tous les sujets atteints de TCA.

Le programme BAT possède les qualités d'être bref et peu coûteux. Il est facilement accessible aux patients et diffusable dans les structures de soin. Il présente donc des avantages par rapport aux autres thérapies spécifiques aux TCA qui sont coûteuses et difficiles d'accès. (27).

Tous les participants sont reçus par un des thérapeutes avant la première session. Lors de ce rendez-vous, le thérapeute se présente, décrit les sujets abordés lors du programme BAT et les bénéfices reconnus de ce programme. Pour favoriser l'assiduité et la réalisation des tâches à domicile, les participants sont informés sur le fait que ceux qui ont suivi la totalité des sessions du programme et effectué la totalité des tâches à domicile sont ceux qui ont montré le plus de progrès sur le plan thérapeutique.

Le programme consiste ensuite en huit sessions hebdomadaires groupales de 1 heure, accompagnées de tâches personnelles à la maison. Il comporte des exercices verbaux, écrits et comportementaux [voir tableau 2 en annexe]. Par exemple, les participants discutent des conséquences négatives de la poursuite de l'idéal de minceur, de l'insatisfaction corporelle et des comportements alimentaires pathologiques. Autre exemple, les participants doivent rédiger une lettre motivant une jeune fille à ne pas céder à des préoccupations alimentaires et corporelles. Dernier exemple, les participants doivent s'exposer devant un miroir et relever dix qualités physiques chez eux.

L'objectif est de produire une dissonance cognitive sur trois éléments interconnectés : l'internalisation de l'idéal de minceur, l'insatisfaction corporelle et les symptômes des TCA. Puis de solliciter un engagement contre eux. Le programme cible l'idéal de minceur et

l'insatisfaction corporelle, parce qu'ils sont des facteurs de maintien des TCA (34, 35). Ils sont également repérés comme des symptômes résiduels fréquents, favorisant la rechute (12). Le programme s'adresse à tout type de TCA.

1-3-4-Etude pilote d'évaluation du programme BAT aux Etats-Unis

Une étude pilote multicentrique (27) a été menée aux États-Unis. 72 participantes adultes atteintes d'un TCA selon les critères du DSM-5 ont été randomisées dans le programme thérapeutique BAT (n=43) ou dans le groupe contrôle (n=29). Les analyses en intention de traiter montrent une réduction importante de l'internalisation de l'idéal de minceur (d=0,79), de l'insatisfaction corporelle (d=1,14), des symptômes du TCA (d=0,95), par rapport au groupe contrôle. Les effets de la dissonance cognitive sont plus modestes concernant la poursuite de l'idéal de minceur (d=0,65) et les affects négatifs (d=0,55).

1-4-Problématique

Nous venons de voir que l'adolescence est une période particulièrement à risque de développement d'un TCA, appuyé par un contexte socioculturel prônant l'idéal de minceur qui génère une insatisfaction corporelle. L'idéal de minceur et l'insatisfaction corporelle favorisent le maintien des symptômes alimentaires (12, 34, 35). Par ailleurs, nous savons qu'une prise en charge précoce dès le début des symptômes améliore le pronostic. Or actuellement, peu de patients bénéficient d'une prise en charge spécifiques aux TCA (6). Dans le cadre du Centre de Référence des Troubles du Comportement Alimentaire de l'Arc Alpin (centre TC3A), nous avons souhaité proposer chez des adolescentes un programme thérapeutique innovant de première ligne et accessible précocement : le programme BAT. Ce programme cible l'idéal de minceur et l'insatisfaction corporelle. Il montre son efficacité dans aux Etats-Unis en population adulte (27). A notre connaissance, ce programme n'a jamais été testé en France ni en population adolescente.

L'objectif dans cette étude est donc d'évaluer, chez des patientes adolescentes

présentant des TCA, l'acceptabilité et l'efficacité du programme BAT que nous supposons bonnes. Nous examinerons l'évolution des éléments cliniques à partir d'échelles standardisées. Nous associerons une méthodologie qualitative pour évaluer l'expérience subjective de ce programme.

2 – METHODE

2-1- Critères d'inclusion et de non-inclusion des patients

Au centre TC3A, tous les patients mineurs, de sexe féminin, reçues entre février 2016 et août 2017, présentant un TCA selon des critères du DSM-5, ont été sélectionnées : anorexie mentale de type restrictif pur (code ICD-10-CM : F50.01) ou de type purgatif (code ICD-10-CM : F50.02), boulimie (code ICD-10-CM : F50.2), hyperphagie boulimique (code ICD-10-CM : F50.8), autre TCA spécifié ou non spécifié (code ICD-10-CM : F50.8 et F50.9).

Les critères de non-inclusion sont : (i) âge de moins de 10 ans, (ii) IMC <14 g/m², (iii) état de dénutrition sévère, (iv) retard mental ou pathologie psychiatrique autre que TCA non stabilisé(e) ne permettant pas une participation efficiente au programme thérapeutique et aux entretiens, (v) pathologie somatique sévère non stabilisée ne permettant pas une participation efficiente au programme thérapeutique et aux entretiens, (vi) affection chronique ayant de façon classique un retentissement sur le poids (maladie digestive de type maladie coeliaque, maladie de Crohn, pathologie tumorale maligne, problème endocrinien tel que hypo/hyperthyroïdie, hyper/hypocortisolisme, tumeur hypophysaire ou hypothalamique, etc.), (vii) refus de participer à l'étude.

Les patientes et leurs parents ont reçu une information écrite et orale. Un consentement écrit a été recueilli au cours de l'entretien préliminaire du programme BAT, signé par les patientes et leurs parents.

2-2-Déroulement du programme BAT

Les thérapeutes animant le groupe ont été deux médecins du centre TC3A du CHU de Grenoble (une interne en 3^{ème} année de psychiatrie et un médecin sénior). Elles ont reçu une formation de 10 heures pour le programme BAT par l'auteur lui-même, le Professeur Eric

Stice, en avril 2017. Le programme a été mené entre septembre et octobre 2017. Les participantes sont connues par au moins un des thérapeutes du groupe.

2-3 – Evaluation quantitative : les outils de mesures utilisés

2-3-1 - Eating Disorder Inventory – 2 (EDI-2)

Le premier outil utilisé est l'EDI-2 (27,36–40). Il évalue la symptomatologie et les attitudes associées aux TCA. Il comprend onze dimensions : recherche de minceur, boulimie, insatisfaction corporelle, sentiment d'inefficacité personnelle, perfectionnisme, méfiance interpersonnelle, conscience intéroceptive, peur de la maturité, ascétisme, contrôle des pulsions, insécurité sociale. Le sujet évalue de "Jamais" à "Toujours" à quel degré la proposition est vraie. La cotation se fait de la manière suivante pour certains items : "toujours"=3, "en général"=2, "souvent"=1, et "quelques fois / rarement / jamais"=0. Les autres items ont une cotation inversée. Plus les scores sont élevés plus les sujets sont pathologiques. Une somme au sein de chaque dimension est réalisée. Chaque dimension est supposée indépendante, le score global n'est pas calculé.

Pour les besoins de l'étude, nous n'avons analysé que la dimension de recherche de minceur. La recherche de minceur a été évaluée selon les items 1, 7, 11, 16, 25, 32 et 49. Selon Garner (1991) (38), concernant la recherche de minceur, la moyenne chez les sujets contrôles est de 5.5 (écart-type 5.5), 14.5 (écart-type 5.6) chez les sujets avec un TCA.

La consistance interne est de $\alpha=0,92$, la concordance inter-évaluateur de $r=0,93$, la fidélité test-retest s'élève à 1 semaine $r=0,95$. La sensibilité à détecter les effets du programme de prévention et de traitement est bonne. La validité du critère est excellente (38).

Le questionnaire complet a été rempli par chaque participantes dans les six mois précédant le début du programme BAT, au cours du dernier bilan réalisé au centre TC3A. Puis il est rempli à nouveau dans sa version complète après la fin du programme BAT.

2-3-2 - Eating Disorder Questionnaire (EDE-Q)

Le second outil utilisé est l'EDE-Q (41-44). C'est un autoquestionnaire. Il permet d'évaluer la symptomatologie, la fréquence et la sévérité des TCA. Les questions explorent le poids, la taille, l'histoire de la maladie et les symptômes en termes de nombre de jours ou de fréquence ("jamais" à "tous les jours/tout le temps") concernant les vingt-huit derniers jours.

Il est subdivisé en deux sections.

La première section est composée de vingt-deux items, explorant quatre dimensions : la restriction alimentaire, les préoccupations alimentaires, les préoccupations corporelles et les préoccupations pondérales. Les patients répondent aux questions selon une échelle de sept points (de 0 à 6) en termes de fréquence ou d'intensité. Nous obtenons le score d'une dimension en effectuant une moyenne. Nous obtenons le score global en effectuant une moyenne des quatre scores des quatre dimensions. Un score (global ou d'une dimension) égal ou supérieur à 4 suggère la présence d'un TCA.

La deuxième section est composée de six items explorant des attitudes et comportements alimentaires inappropriés comme les crises de boulimies, les comportements compensatoires (vomissements provoqués, prise de laxatifs, pratique d'une activité sportive excessive). Les questions explorent les troubles en termes d'intensité selon des variables définies (nombre de jours ou de fois).

La consistance interne est globalement bonne. Les coefficients de Cronbach's sont élevés : $\alpha=0,95$ au score global, $\alpha=0,85$ au score de restriction, $\alpha=0,81$ au score de préoccupations alimentaires, $\alpha=0,83$ au score préoccupations pondérales, $\alpha=0,91$ au score préoccupations corporelles (45). La fiabilité test-retest est acceptable à forte (46). La sensibilité à détecter les effets d'un programme de prévention et de traitement est ainsi bonne.

Le questionnaire a été rempli par chaque participante dans les six mois précédents le début du programme BAT, au cours du dernier bilan réalisé au centre TC3A. Puis il a été

rempli pour la deuxième fois après la fin du programme BAT.

2-3-3- Body Shape Questionnaire (BSQ)

Le BSQ (47) est un autoquestionnaire qui évalue l'insatisfaction corporelle à travers trente-quatre items, selon une échelle de six points de 1 = « jamais » à 6 = « toujours ». Le score global est la somme obtenue aux trente-quatre items. La version française a été validée en 2005 par A. Rousseau (47). Elle présente une très bonne consistance interne avec un coefficient α élevé relatif au test/retest (α entre 0,95 et 0,94). Une analyse factorielle a permis de dégager 4 sous-échelles : l'évitement social et la honte lors de l'exposition du corps (α de Cronbach's = 0,87), l'insatisfaction corporelle relatives aux parties inférieures du corps (α de Cronbach's = 0,90), l'utilisation de laxatifs et des vomissements pour réduire cette insatisfaction corporelle, des pensées et des comportements inadaptés pour contrôler le poids.

Ce questionnaire est le seul ne faisant pas partie du bilan classique au centre TC3A. Il a donc été complété par les participantes avant le programme lors de l'entretien initial et après le programme lors de l'entretien d'évaluation.

2-3-4- Evaluation de la participation au programme

Pendant les huit semaines de thérapie, les animateurs ont évalué la présence des patients, leur participation lors des séances et la réalisation des tâches à domicile.

2-3-5-Analyse statistique

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel Statview. Les comparaisons de moyennes aux différents questionnaires avant le programme (T1) et après le programme (T2) ont été réalisées avec un test de Wilcoxon. Ce test permet de comparer deux mesures d'une variable quantitative effectuée sur les mêmes sujets. Nous avons défini un seuil de significativité à $p=0,05$.

2-4- Evaluation qualitative

2-4-1-Justification de la méthode qualitative et de l'analyse phénoménologique interprétative

Nous avons vu que l'adolescence est une période particulière via les questionnements corporels, relationnels et identitaires mis en jeux (1). Par ailleurs, à notre connaissance, c'est la première fois que ce programme thérapeutique est mené en France chez des adolescentes. De plus, créé aux États-Unis par le Professeur Eric Stice, il relève d'une culture différente de la nôtre.

Il a semblé alors nécessaire de recueillir la façon dont pouvait être vécu un programme thérapeutique chez l'adolescente, de vérifier son acceptabilité, sa faisabilité et sa qualité. C'est la raison pour laquelle nous avons effectué une évaluation qualitative, adaptée pour recueillir ce genre d'informations (48,49).

Les entretiens ont été analysés en utilisant l'analyse phénoménologique interprétative (API) (50). Cette dernière a pour but de comprendre la façon dont les individus créent du sens à leurs expériences de vie. Trois modèles épistémologiques étayent l'API : la phénoménologie, l'herméneutique et l'idiographique (51).

La phénoménologie est l'étude des phénomènes débarrassée de toute théorie initiale préalable (51). L'objectif de la phénoménologie est de comprendre comment un phénomène apparaît dans l'expérience consciente d'un individu. En ce sens, l'API cherche à explorer le point de vue des individus sur le monde.

L'herméneutique considère que l'expérience est unique et incarnée dans le sujet lui-même (51). Le chercheur ne peut alors y accéder que par interprétation. L'API est ainsi une démarche interprétative.

L'idiographique s'intéresse au singulier (51). En ce sens, l'API recherche une compréhension détaillée et profonde des cas individuels.

2-4-2- L'entretien semi-structuré

Différentes méthodes d'analyse qualitative sont possibles (focus group, analyse d'entretiens) (48, 49). Nous avons choisi d'utiliser l'analyse approfondie d'entretiens individuels uniques, semi-structurés, avec les participantes du programme BAT, afin de recueillir leur expérience personnelle. Des entretiens semi-structurés [voir tableau 3 en annexe] ont été menés par un des thérapeutes du programme. Ils ont été conduits trois semaines après la fin du programme BAT. Ils ont été enregistrés avec la permission des patientes. Ils ont été transcrits mots à mots. Les questions gravitent autour de nos deux questions de recherche : l'acceptabilité du programme et son impact thérapeutique.

La validité de l'étude est accrue par une standardisation des entretiens. La trame d'entretien a été construite à partir d'une étude qualitative comparant deux thérapies dans la dépression chez des adultes (52). Elle a ensuite été traduite et adaptée pour les besoins de l'étude.

2-4-3-Analyse des entretiens semi-structurés : analyse phénoménologique interprétative

L'analyse est a été menée en différentes étapes.

Nous avons commencé par lire et relire entièrement chaque entretien, pour nous familiariser avec le style des patientes, afin d'obtenir une impression générale. Nous avons pris des notes initiales qui correspondaient à des unités de signification fondamentales. Les notes étaient descriptives et traduisaient les propres mots des patientes. Nous avons ciblé notre analyse des données sur l'acceptabilité du programme et son impact thérapeutique qui sont les deux questions de cette étude. Chaque donnée a été analysée avec une attention soutenue et identique. Nous avons prêté attention aux détails linguistiques, incluant expressions et métaphores. Ensuite, nous avons condensé, comparé, résumé les notes initiales. Des connexions ont été identifiées et synthétisées. Des thèmes émergents sont apparus. Chaque entretien a été analysé séparément de cette façon. Ensuite les entretiens ont été

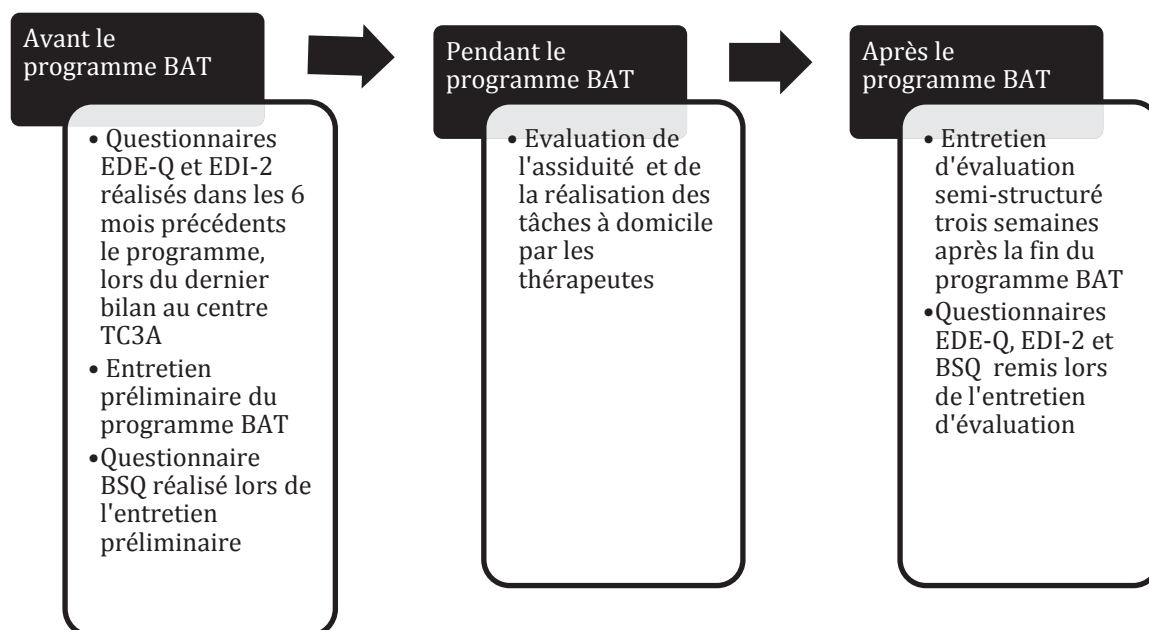
comparés pour permettre de rassembler les thèmes en axes principaux ou catégories supra-ordinales.

Les thèmes et catégories supra-ordinales n'ont pas été définis à l'avance, mais générés de façon inductive. L'analyse des données de la littérature a été faite dans un second temps.

Il s'agit d'un processus dynamique et cyclique avec chaque transcription, permettant à la fois la production de données supplémentaires et leur analyse subséquente. L'objectif est de mettre en évidence les similarités et les différences dans les récits narratifs des participantes. A travers ce processus, l'analyse s'effectue à différents niveaux d'interprétation, de niveaux descriptifs à des niveaux plus interprétatifs.

Dans les résultats ci-dessous, des extraits d'entretiens ont été choisis de manière à illustrer les thèmes récurrents correspondants. Dans le but de respecter la confidentialité, les informations qui pouvaient permettre d'identifier les participantes ont été substituées dans les citations présentées. Les trois points entre parenthèse signifient qu'une partie de la phrase a été coupée. Les trois points de suspension symbolisent une pause dans le discours.

Figure 1 Récapitulatif méthodologique de l'étude



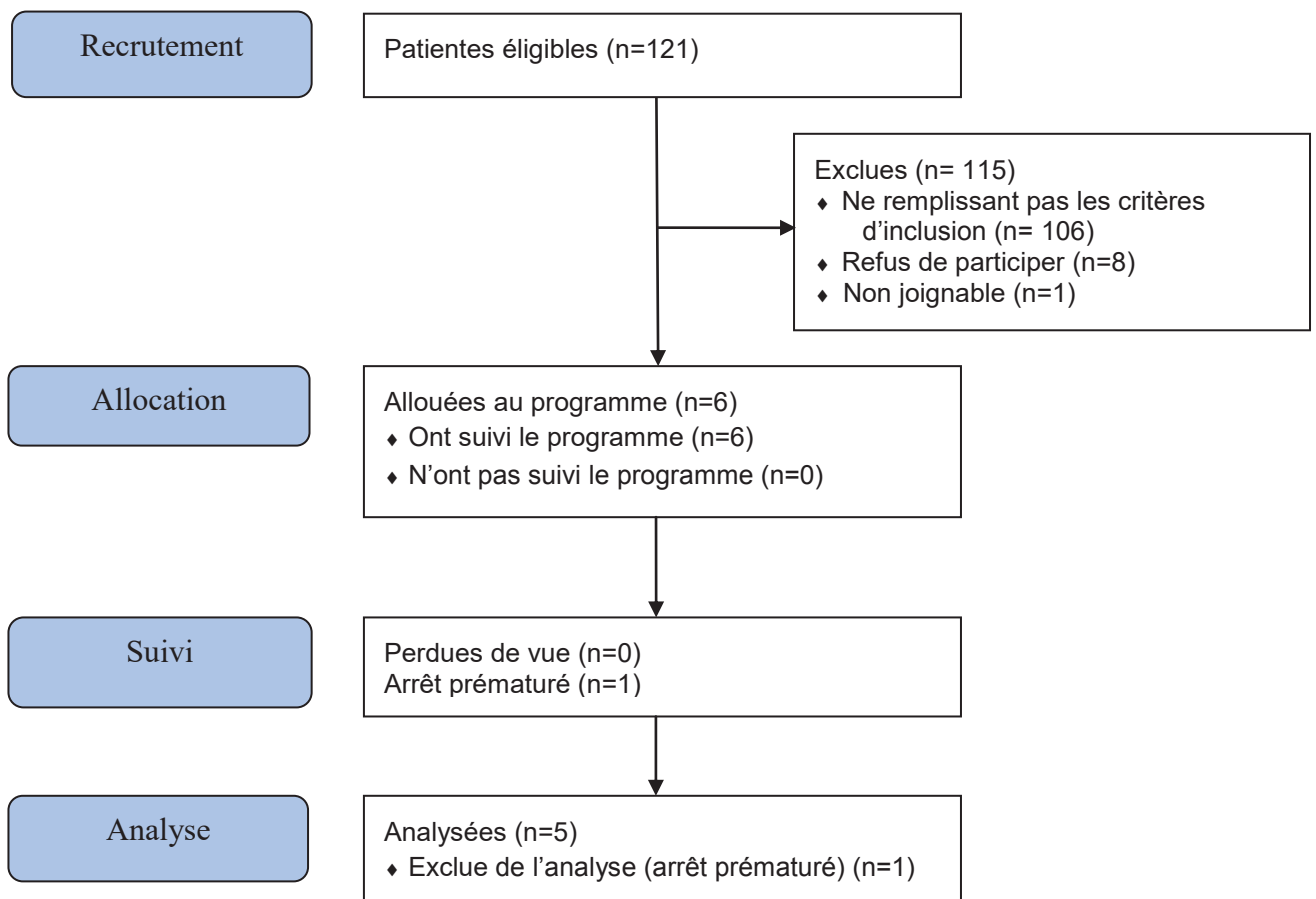
Notes. BAT=Body Acceptance Therapy ; EDE-Q=Eating Disorder Examination Questionnaire ; EDI-2=Eating Disorder Inventory-2 ; BSQ=Body Shape Questionnaire

3 - RESULTATS

3-1- Description de la cohorte

Au sein du centre, quinze patientes remplissaient les critères d'inclusion. Parmi elles, trois refusèrent de suivre le programme car elles avaient déjà beaucoup de prises en charge en cours, trois n'étaient pas intéressées par le programme, deux étaient domiciliées trop loin pour pouvoir se rendre chaque semaine au groupe, une était injoignable. Au total, six patientes ont donc suivi le programme BAT (voir figure 2). Leurs caractéristiques sont décrites dans le tableau 3.

Figure 2 Sélection des participantes – diagramme de flux



Notes. n=nombre de patientes

Tableau 4 Caractéristiques médicales des participantes et la durée des entretiens d'évaluation semi-structurés en fin de programme

Patientes	Age (années)	IMC (kg/m ²) avant le programme	IMC (kg/m ²) après le programme	Diagnostic	Age de début des TCA (années)	Durée de l'entretien (minutes)
1	18	16,48	16,48	ANr	12	7
2	14	16,02	16,02	ANp	14	19
3	14	25,82	26,67	BN	13	20
4	16	17,24	17,24	ANr	15	7
5	14	14,11	13,79	ANr	13	17

Note. ANr=anorexie mentale de type restrictif ; ANp=anorexie mentale de type purgatif ; BN=boulimie ; IMC=indice de masse corporelle ; TCA=troubles du comportement alimentaire

La participation au programme a été de 83,3%. Une participante a interrompu le groupe dès la quatrième séance à cause d'un problème logistique. Les cinq autres participantes ont participé entièrement au programme. Ces dernières ont effectué 72% des exercices à domicile. Le fort taux de participation au programme et de réalisation des exercices à domicile suggèrent une excellente acceptabilité de ce programme.

3-2- Evaluation quantitative

Les moyennes aux différents autoquestionnaires sont présentées dans le tableau 5.

Tableau 5 Moyennes obtenues aux échelles de l'EDE-Q, EDI-2 et BSQ

	Avant programme T1	Après programme T2	Rapport T2/T1	p value
Score global à l'EDE-Q	2.76	2.21	0.80	0,0796
Restriction	2.56	1.76	0.69	0,0679
Préoccupations alimentaires	2.80	1.64	0.59	0,0431*
Préoccupations corporelles	3.30	3.33	1.00	0,7865
Préoccupations pondérales	2.36	2.12	0.90	0,4652
Score à l'échelle recherche de minceur de l'EDI-2	9	8.8	0.98	0,8539
Score global au BSQ	110	87	0.79	0,0431*

Notes. EDE-Q=Eating Disorder Examination Questionnaire ; EDI-2=Eating Disorder Inventory-2 ; BSQ=Body Shape Questionnaire ; p=p value ;

*=cliniquement significatif ($p<0,05$).

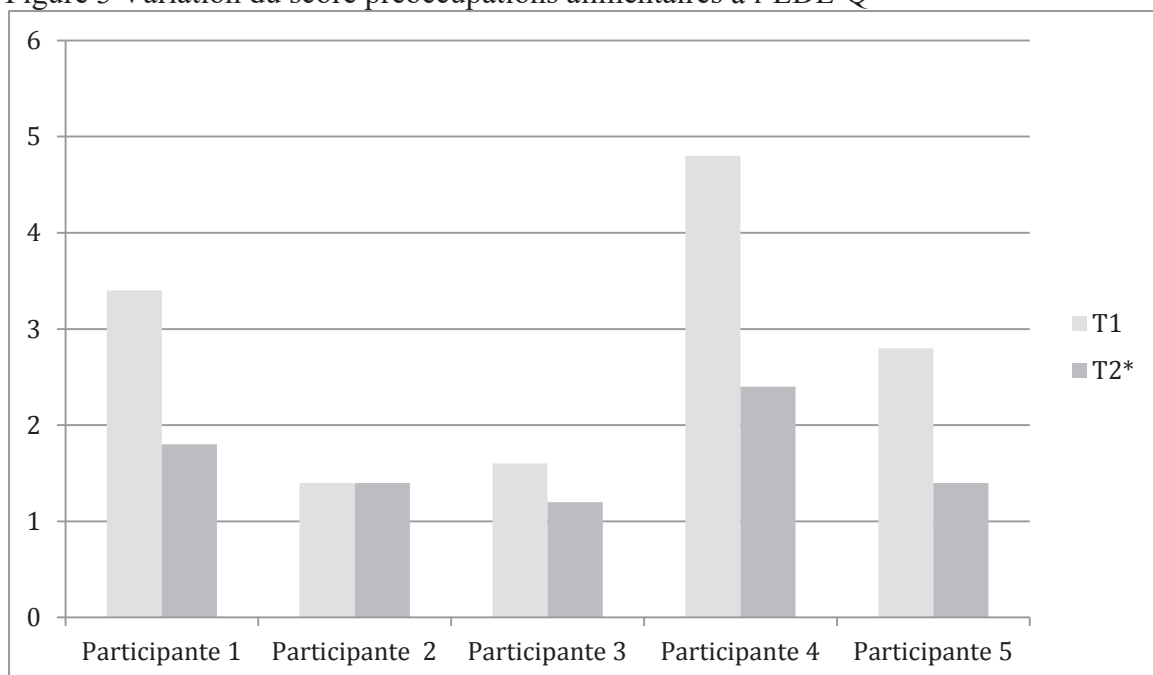
3-2-1-Variation des IMC

Les indices de masse corporelle (IMC) sont restés stables (tableau 4).

3-2-2-Variation des scores à l'EDE-Q

Le score préoccupations alimentaires a diminué de façon significative après le programme. Les autres scores ont diminué après le programme mais de façon non significative.

Figure 3 Variation du score préoccupations alimentaires à l'EDE-Q



Notes. T1=avant le programme ; T2=après le programme ; *=diminution significative ($p < 0,05$)

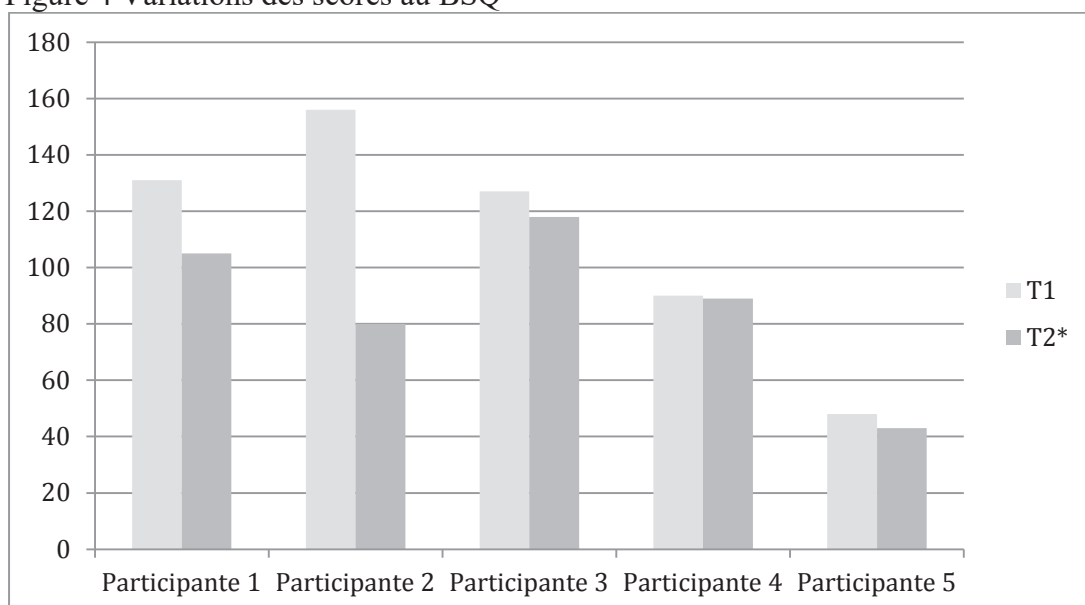
3-2-3-Variation du score recherche de minceur à l'EDI-2

Nous n'avons pas observé de variation significative au score recherche de minceur à l'EDI-2.

3-2-4- Variation des scores au BSQ

La moyenne des scores au BSQ a diminué après le programme de façon significative.

Figure 4 Variations des scores au BSQ



Notes. T1=avant le programme ; T2=après le programme ; *=diminution significative ($p < 0,05$).

3-3-Analyse qualitative des entretiens semi-structurés

Les résultats sont présentés selon deux principales rubriques : l'acceptabilité du programme BAT et son impact thérapeutique, reflétant nos deux questions de recherche. Les éléments des entretiens sont cités en mentionnant les participantes par le code chiffré utilisé dans le tableau 3.

Tableau 6 Axes et thèmes de l'évaluation qualitative

Acceptabilité	Impact thérapeutique
Eléments de la thérapie : <ul style="list-style-type: none"> - Composante groupale - Organisation du programme - Type d'exercices - Caractère innovant du programme - Principe de dissonance cognitive Les thérapeutes Eléments individuels	Sur le plan général Sur le plan motivationnel Sur le plan comportemental Sur le plan cognitif Sur le plan émotionnel Sur le plan relationnel

3-3-1-Acceptabilité

De façon globale, le programme BAT a été apprécié par toutes les participantes. Le

point de vue des participantes concernant l'acceptabilité est subdivisé en trois thèmes : les éléments relatifs à la thérapie, aux thérapeutes et aux facteurs individuels.

3-3-1-1-Eléments de la thérapie

La composante groupale

La composante groupale de ce programme a été appréciée par la totalité des participantes. Le groupe leur a donné le sentiment de ne pas être seules et d'être comprises. Par ailleurs, il a généré des comportements d'entraide et d'encouragement, véhiculant un sentiment d'espoir.

1 : « Rencontrer déjà des personnes (...) ça m'a quand même rassurée. Dans le sens où elles ont pu enfin comprendre ce que j'ai vécu (...). Parce que (...) c'est vrai qu'à l'extérieur (...) les gens (...) même si ils essayent, ils comprennent pas toujours ».

2 : « Oui, du coup, on n'est pas seul. Quand il y en a qui vont mieux (...) ça permet (...) de s'entraider. Ca, sur certains points, on va mieux. On peut dire que... soit donner des conseils... c'est à dire que... que ça peut aller mieux. »

5 : « elles avaient vécu les mêmes choses que moi (...) je me sentais moins seule. »

Le groupe a permis d'enrichir les discussions.

1 : « je pense que ça aurait pas été pareil... ben... si y aurait eu la même démarche, mais si j'aurais été toute seule. (...) Le fait d'être à plusieurs. De... de pouvoir discuter sur un sujet. Puis que chacun puisse y contribuer. Enfin c'était plus riche on va dire. »

Pendant le programme, les participantes ont créé un groupe de discussion sur internet, qui s'est malheureusement essoufflé avec la fin du programme BAT.

Au début du programme, le groupe a aussi généré une forte comparaison sur le plan corporel anxiogène chez de nombreuses participantes, s'estompant au cours du programme.

1 : « Au début, c'est vrai que c'était difficile d'être confrontée à des personnes (...) relativement minces (...) voir (...) maigres (...). Enfin je me sentais (...) plus grosse qu'elles. (...)mais après (...) au fur et à mesure (...) j'ai su passer au-dessus. Et (...) je ne voyais plus. Je ne voyais plus la maigreur quoi en premier, la première vision de ces personnes ».

2 : « Mais c'est vraiment la première séance (...) je me suis un peu comparée (...). Et après, je sais que c'est bon.»

Les discussions en groupe sont celles qui ont été le plus appréciées par toutes les

participantes, dans la mesure où il semble difficile d'aborder ce genre de sujets en famille.

2 : « ce qui m'aidait, plus que (..) les exercices, c'était (...) de parler avec d'autres gens. »

3 : « de parler justement avec les autres. De se confronter. »

5 : « j'aimais bien de quoi on parlait (...) parce que (...) je suis chez moi le reste de la semaine. Je suis avec mes pensées et mes idées, mes choses, et du coup (...) je ne peux pas forcément en parler. Mais du coup là, c'était l'occasion en fait à chaque fois (...) pouvoir parler aussi de choses que j'ose pas trop parler avec ma famille. »

L'organisation du programme

Le rythme hebdomadaire du programme a globalement été bien accepté par les participantes, vécu comme un rituel par deux participantes, donnant un but à une autre participante. La durée des séances a été jugée comme insuffisante par une participante, proposant d'augmenter la durée des séances d'une trentaine de minutes. Chronologiquement, les participantes notent des difficultés initialement à s'investir dans ce programme, avec une amélioration au fur et à mesure.

1 : « peut-être faire des séances un petit peu plus longues. Peut-être une demi-heure de plus. Quand on part sur un autre sujet (...) ça fait perdre du temps. »

5 : « Euh... moi, je l'ai vécu très bien. Euh... j'avais mon rituel le mercredi. »

Les types d'exercices

Concernant le type d'exercice, les tâches à domicile ont été décrites comme générant un certain stress.

4 : « Les exercices à la maison, ça dépendait. C'était plus une pression. J'arrivais pas à les faire. »

Les sujets intéressants relevés par la participante 2 ont été ceux sur l'estime de soi et ceux sur l'image corporelle dans la société.

2 : « Bah... moi je pense que les séances qui m'ont le plus aidée c'est celles où on parlait de l'image corporelle (...) de l'importance (...) de l'image dans la société (...) Aussi de l'estime de soi. »

Les sujets axés sur la nourriture et les repas dits sains n'ont pas été appréciés par

plusieurs participantes.

2 : « on a parlé (...) beaucoup de la nourriture (...) personnellement, moi, maintenant (...) c'est plus forcément ça (...) dont (...) j'ai besoin de parler (...) pour améliorer certaines choses en fait. »

4 : « sur le fait qu'il fallait faire des repas sains. Je ne me suis pas du tout retrouvée là-dedans. (...) c'est pas ce que je recherche, moi. Je recherchais plus une certaine légèreté. Et devoir me remettre dans des choses saines, entre guillemets, je trouvais pas d'intérêt. (...) Oui ! parce que moi, c'est pas ça que je veux. C'est juste me faire plaisir. »

Les exercices comportementaux ont produit un effet plus partagé. Décrits comme appréciés par une participante, ils ont plutôt été vécus comme difficiles à réaliser, surtout celui d'affirmation de soi face au miroir (tâche à domicile de la séance 1), ceux sur les repas et l'alimentation (tâches à domicile à partir de la séance 4) et les jeux de rôle.

2 : « il y avait quand on devait mettre en place des objectifs (...). Je me disais : « oui par exemple faudrait que je mette en place des objectifs, manger un peu plus de matières grasses ». Des trucs comme ça. Sauf que... bah... pour l'instant je me sens pas encore prête. »

2 : « l'exercice sur le miroir, de se regarder (...) moi j'ai du mal (...) de en plus devoir trouver des qualités (...) du coup j'avais plutôt trouvé des qualités mentales. Et encore, (...) c'est un truc j'ai du mal à. »

5 : « Après au niveau des défis, j'ai pas trop réussi à en faire. Du coup, c'est pas le truc qui a le plus marché on va dire sur moi. »

Les exercices écrits ont été appréciés par toutes les participantes. Une participante décrit que l'écriture des lettres lui a permis de réfléchir profondément et de mettre les choses en place.

3 : « La rédaction, c'est vrai que ça m'aidait beaucoup à mettre les choses en place, à me dire (...) j'ai fait ça pour telle raison. (..) Et quand je parlais à des docteurs (...) des fois, je ne savais pas quoi dire parce que, justement, je n'avais jamais réfléchi à ça.(...) C'était les exercices à la maison qui m'aidaient à mettre en place les choses et à aller plus à fond.»

Le caractère innovant du programme

Deux participantes déclarent avoir été motivées à participer au programme par son caractère innovant.

2 : « au début je me disais (...) : « ça pourrait être pas mal » (...) quand il y a un groupe qui s'est mis en place, je suis dis (...) puisque c'est quelque chose auquel je m'étais dit que ça serait une bonne idée. (...) Je pense que j'avais mis pas mal d'espoirs en gros dessus.»

Le principe de dissonance cognitive

La participante 5 a apprécié le principe du programme d'être « contre la maladie » lors de ce programme.

5 : « De vraiment être mis, entre guillemet, contre la maladie. (...) faire comme un groupe de « anti-cette maladie » (...) le fait de dire beaucoup d'arguments contre tout ça, le fait de dire tout ce qui est les points négatifs, qui ya beaucoup plus d'ailleurs. Yen a aucun positif en fait. (...) le fait de relever tout ça, (...) ça montre que... il faut du changement aussi. »

3-3-1-2-Les thérapeutes

Deux participantes ont expliqué avoir apprécié que le programme soit mené par deux thérapeutes connus, ou ayant eu un bon contact avec eux au cours de l'entretien préliminaire.

4 : « le fait que je connaisse le Dr X, ça donne confiance enfin... Et puis même si vous, à vous, je vous connaissais pas, j'avais quand même envie de vous rencontrer. J'ai eu aussi une bonne impression. »

Thérapeute : « Et si les deux animateurs étaient deux personnes que tu ne connaissais pas, est-ce que ça aurait fait une différence ? »

4 : « Je dirais que ça dépend de comment s'est passée ma rencontre avec eux. »

3-3-1-3-Eléments individuels

Une participante a aimé le déroulement du programme pour son « besoin d'être accompagnée ». L'unique participante présentant une boulimie a eu la sensation en début de programme d'être hors-sujet lors des discussions en groupe. Cette sensation s'est estompée au cours du programme. Une autre participante a expliqué que ses affects dépressifs ont eu tendance à freiner sa motivation au cours du programme.

2 : « Je pense que le fait que je n'allais pas très bien, au contraire, ça m'a un peu freiné dans le fait que je fasse les exercices (...) parce que j'avais pas la motivation sur grand-chose»

3 : « mais des fois je me trouvais un peu hors sujet. Parce que elles c'était de l'anorexie, alors que moi de la boulimie. Mais au final...enfin...c'est toujours la même chose. C'est toujours la même maladie. C'est toujours quelque chose qui ramène vraiment du coup. »

Thérapeute : « Quelle est l'aspect le plus important du programme pour toi ? »

4 : « Ben... de pouvoir nous accompagner. »

3-3-2-Impact thérapeutique

3-3-2-1-Sur le plan général

De façon générale, le programme BAT a eu un impact subjectivement positif au cours du programme. Les effets sur le plan comportemental ont eu tendance à s'estomper après l'arrêt du programme, sauf pour une participante.

2 : « je pense ça m'aide plutôt maintenant. (...) sur le coup je n'arrivais pas forcément (...) à me motiver, à mettre les choses en place. (...) Et c'est plus maintenant, je pense, que ça me sert.»

3 : « ... j'ai pas vraiment eu le temps de le (programme) concrétiser. J'ai vraiment beaucoup de boulot à faire. »

Thérapeute : « Tu arrives à maintenir ces changements ? »

4 : (Infirmation avec la tête)

Thérapeute : « Quand as-tu arrêté à prendre tes goûters ? après le groupe ? »

4 : « Oui juste après. »

Le point de vue des participantes concernant l'impact du programme BAT peut être subdivisé en cinq catégories : motivationnel, comportemental, cognitif, émotionnel et relationnel.

3-3-2-2-Sur le plan motivationnel

Les participantes expliquent avoir fortement apprécié le déroulement du programme BAT en groupe, ayant généré une importante motivation et engagement au cours de celui-ci. Le fait d'avoir été témoins au cours du programme de participantes qui progressent, a produit de l'espoir chez plusieurs participantes, nourrissant leur motivation dans les soins. Le contenu psycho-éducatif du programme sur les TCA et ses conséquences n'a pas enseigné de nouveaux éléments, mais a renforcé la motivation de deux participantes dans leurs soins.

1 : « ce qui était motivant c'était que toutes les semaines, quand il y avait des petits acquis, des petits objectifs, tout ça, (...) j'avais la motivation de continuer. Et puis de voir les filles c'était motivant. »

1 : « Aussi, même si ça fait un certain temps que je suis là-dedans, le fait de répéter des

choses, tout ça... enfin... je pense que ça s'imprègne plus. »

2 : « de voir qu'il y en avait d'autres qui l'avaient mis en place et qui l'avaient (...) plus ou moins bien vécu, mais que... enfin... ça les aidait. (...) Ca pousse je pense à se dire : « bah, voilà j'y pense, faudrait peut-être que je le fasse aussi », enfin. »

5 : « quand j'ai réalisé (...) elles le faisaient aussi (...), je me suis dis, ben... il faut vraiment que ça change. Parce que vivre comme ça, en étant adolescente... enfin... c'est pas vraiment normal. »

3-3-2-3-Sur le plan comportemental

Pendant le programme, une participante déclare moins calculer les calories et lâcher prise lors des repas. Une autre explique avoir mis en place de façon régulière le petit-déjeuner, arrêter de sauter des repas, écouter ses envies et s'alimenter lorsqu'elle est fatiguée. Elle décrit le fait de moins comparer ses assiettes de nourriture et son physique avec les autres, moins se regarder, utiliser les exercices comportementaux pour aider des amis ou se défendre de remarques. Deux participantes disent écrire des lettres, notamment concernant la maladie. Une autre participante s'autorise à faire des goûters pendant le programme.

1 : « Ben du coup là clairement je calcule moins tout ce que je fais. J'arrive plus à me poser. Ouai. A être à table normalement. A manger sans... ouai... sans me dire « tu prends ça, tu prends ça ». »

3 : « J'arrêtais pas de me regarder dans le miroir et tout. Justement, pour être bien aux yeux des autres. (...) on a compris (...) que ça sert à rien de se compliquer la vie pour les autres quoi. Parce que au final, c'est nous qui allons souffrir et eux non. »

3 : « mais petit à petit, j'ai commencé à manger... euh enfin... à boire du thé le matin. Et ensuite, avec les biscuits. Maintenant, j'en mange deux. Et c'est vrai que ça m'a vraiment fait du bien (...) ça m'a vraiment changé le point de vue sur le petit déjeuner. »

Thérapeute : « Comment tu pourrais combattre ce genre de remarques (négatives d'un garçon de ta classe) en t'aidant de tout ce qu'on a fait lors du programme ? »

3 : « Ben... je pourrais mettre des post-it. C'était bien ! Après, je sais pas. Je pourrai refaire une rédaction »

4 : « ça m'a peut-être un peu poussée à changer, à bousculer un peu mes habitudes. (...) Bah... par exemple à me forcer à faire mes goûters. »

5 : « C'est ce que j'ai appris des séances. J'ai refait ça (...) J'ai écrit la dernière fois, il y a quelques jours, un texte... ben... sur ma maladie. »

3-3-2-4-Sur le plan cognitif

Deux participantes décrivent une prise de conscience de certains symptômes grâce aux témoignages des autres. L'une d'elle explique s'être rendu compte de l'origine sociétale et commerciale de l'idéal de minceur et se sentir moins obligée de faire des choses contre son corps. Une autre raconte s'apercevoir que « l'idéal de minceur est impossible et artificiel » et avoir moins de préoccupations alimentaires et corporelles. La participante atteinte d'une boulimie intègre l'importance de manger, de façon régulière, et dit avoir appris sur l'anorexie mentale.

1 : « l'idéal de minceur vraiment ça m'a fait une sorte d'électrochoc. (...) quand on disait que (...) tout ça (...) les mannequins (...) c'était pas la réalité... c'était impossible de vivre normalement avec un corps comme pareil que tout ça (...) c'était des artifices. Que tout ça... enfin... elles n'étaient pas heureuses. »

3 : « envers la nourriture aussi. Parce que je me dis que c'est ce qui me tient debout. Du coup, euh... ça ne sert à rien qu'on mange pas. »

4 : « Mais j'arrivais plus à mettre ça vraiment sous le signe d'une maladie. »

Thérapeute : « Et-ce que le programme a eu un certain impact sur tes croyances ou ta façon de penser ? »

4 : « Je dirais que ça les a juste renforcés. »

Thérapeute : « Qu'est ce que ça a renforcé ? »

4 : « Ben... tout ce que je pensais sur les troubles alimentaires. Enfin pour moi... enfin... je suis consciente des choses. Mais du coup, voilà. Le fait d'avoir pu mettre des mots dessus. »

3-3-2-5-Sur le plan émotionnel

Toutes les participantes décrivent se sentir moins seules depuis le commencement du programme et avoir plus d'espoir. Une participante décrit avoir appris à ne pas se faire déborder par la souffrance des autres et à moins culpabiliser au quotidien. Nous retrouvons cette diminution de culpabilité chez une autre participante. Une seconde explique avoir moins peur de manger et avoir amélioré son image de soi. Deux autres rendent compte d'une sensation de lâcher prise et de diminution du stress de façon général.

4 : « c'était un vrai défi (...) Comment réussir à ne pas se faire déborder par... par les souffrances des uns et des autres et à réussir à faire sa place et... et à parler pour soi.(...) Je pense que je me sentais moins coupable.»

5 : « Ca a changé un peu la perception que j'en avais. (...) je me dis pas que c'est de ma faute.»

5 : « je me pose quand même moins de question. »

3-3-2-6-Sur le plan relationnel

Deux participantes décrivent s'être plus ouvertes aux autres. L'une d'elles explique notamment avoir moins honte de parler, réussir à faire sa place et parler pour soi au sein du groupe. Une autre participante se sent moins sensible au regard des autres. Trois participantes proposent de publier des témoignages pour des jeunes filles à risque ou de donner les lettres à des jeunes filles voulant suivre le programme BAT.

4 : « Ça m'a ouverte, je pense. »

5 : « c'est vrai que j'arriverai plus à parler avec les autres et à engager la conversation. »

4 – DISCUSSION

L'acceptabilité du programme BAT a été bonne. L'efficacité est apparue de manière significative sur les préoccupations alimentaires et l'insatisfaction corporelle. Elle est apparue de manière non significative sur la restriction alimentaire, les préoccupations pondérales. Elle n'est pas apparue sur l'internalisation de l'idéal de minceur. Le programme a eu un impact favorable sur le plan motivationnel, cognitif, émotionnel, relationnel, mais a été éphémère sur le plan comportemental.

Dans un premier temps, nous allons discuter des résultats de l'étude ainsi que des forces et limites de l'étude. Dans un deuxième temps, nous allons aborder l'élément fort du programme : son caractère groupal.

4-1-Discussion des résultats de l'étude

4-1-1-Discussion concernant l'acceptabilité du programme

4-1-1-1-L'assiduité et l'engagement des patientes

Le taux de participation au programme BAT de 100% a été supérieur aux taux retrouvés dans la littérature. 16% des participantes réalisèrent les huit séances du programme BAT dans l'étude pilote d'Eric Stice (27). Les participantes de notre étude ont réalisé 72% des exercices à domicile. Dans l'étude pilote d'Eric Stice (27) les participantes réalisèrent en moyenne 57% exercices à domicile.

4-1-1-2-Organisation du programme BAT

De nombreuses participantes ont proposé une augmentation du nombre de séances ou de la durée des séances pour améliorer le programme BAT. Aucune n'a émis l'idée d'en diminuer la durée ou l'intensité. Nous retrouvons ce résultat dans d'autres groupes thérapeutiques (48,53). Certaines participantes disent se sentir abandonnées avec la fin du groupe (48,53) qui crée une perte de contenance. Ceci peut expliquer la détérioration

psychique d'une des participantes de notre étude après la fin du programme BAT.

4-1-1-3-Type d'exercices

Les exercices cognitifs (discussions, rédaction des lettres) ont été préférés aux exercices comportementaux (défis à domicile, jeux de rôle) dans notre groupe constitué essentiellement de participantes anorexiques. Cette différence d'appétence entre exercices cognitifs et comportementaux peut expliquer la différence d'efficacité du programme sur le plan cognitif et comportemental. La thérapie cognitivo-comportementale n'a démontré son efficacité que dans la boulimie (13–15). Cependant, dans un programme de thérapie cognitivo-comportementale chez des patientes anorexiques (54) d'une durée de un an permet une augmentation de l'IMC au-dessus de 18,5 kg/mm² de façon significative chez 77,3% des participantes ayant terminé le programme. Une méta-analyse (55) reconnaît que les thérapies de remédiation cognitive ne sont pas des traitements pouvant traiter à eux seuls l'anorexie mentale, mais qu'elles ont leur utilité dans le développement d'une attention plus soutenue des patientes sur leur mode de fonctionnement cognitif.

Les participantes de notre étude n'ont pas apprécié les séances contenant de la psychoéducation sur les repas. Une étude (53) retrouve une appréciation de ce sujet chez des patientes boulimiques dans un programme cognitivo-comportemental mais des difficultés à l'appliquer.

L'exercice du miroir a été particulièrement difficile chez la plupart des participantes. Au cours d'un programme de Qigong chez des patientes anorexiques (56), la confrontation à l'image du corps a été difficile, suscitant une image corporelle hostile. Certaines patientes décrivent lors de cette confrontation une peur de rechuter, surtout chez celles ayant repris du poids.

4-1-1-4-Caractère innovant du programme

Deux participantes ont été motivées à participer au programme BAT par son caractère innovant. Cette motivation induite par le caractère innovant a été retrouvée dans une étude (56) proposant une activité de Qigong à des patientes anorexiques.

4-1-1-5-Formation du groupe avec des patientes présentant différentes formes de TCA

Le Professeur E. Stice autorise le mélange des différentes formes de TCA dans le programme. Le fait d'avoir regroupé des participantes présentant différents types de TCA ne semble pas avoir posé de problème dans notre étude. Dans un groupe thérapeutique d'orientation cognitivo-comportemental (48), il n'y avait pas de difficulté à mélanger des patientes présentant différents types de TCA, différentes histoires de vie, voir même des âges différents.

4-1-2-Discussion concernant l'efficacité de l'étude

4-1-2-1 Impact thérapeutique général du programme

Le programme BAT n'a pas eu d'impact sur la recherche d'idéal de minceur : la moyenne globale est restée stable avant et après programme. Dans l'étude d'E. Stice (27), le programme BAT produit une réduction importante de l'internalisation de l'idéal de minceur et une diminution moyenne de la dissonance cognitive sur l'idéal de minceur.

L'insatisfaction corporelle a diminué de façon significative après le programme au BSQ et est restée stable à l'EDE-Q au score préoccupations corporelles. Le BSQ est l'outil spécifiquement développé pour mettre en évidence une insatisfaction corporelle (47). Les résultats retrouvés au BSQ sont donc possiblement les plus pertinents. Dans l'étude pilote d'E. Stice (27), le programme BAT produit une réduction importante de l'insatisfaction corporelle en comparaison aux sujets contrôles, venant conforter cette hypothèse.

Le programme n'a pas permis une diminution des IMC. Ces résultats sont à prendre avec du recul, car les IMC ont été calculés à partir des autoquestionnaires remplis par les

participantes dans les 6 mois précédents le programme puis à 3 semaines après le programme. Ces résultats sont donc peu fiables. Il conviendra dans une étude ultérieure de prendre les mesures corporelles par un médecin en aveugle avant et après le programme. Dans l'étude pilote d'E. Stice (27), le programme BAT produit une réduction importante des symptômes alimentaires en comparaison aux sujets contrôles.

Les scores à l'EDE-Q et à l'EDI-2 étaient curieusement bas avant le programme. Par exemple, les scores globaux des participantes à l'EDE-Q étaient situés entre 1,04 et 4. Ils étaient inférieurs à 4, donc ne suggéraient pas un TCA. Or les IMC des participantes anorexiques étaient tous inférieurs à 18,5kg/m. Il est reconnu que les adolescents atteints de TCA ont tendance à minimiser leurs symptômes et à cacher certains comportements pathologiques lors du recueil de données avec des autoquestionnaires (57), entravant la qualité méthodologique des études (58). Des autoquestionnaires chez les parents permettent un recueil plus précis et fiable des symptômes de leur enfant (57). C'est un point méthodologique qu'il est à envisager dans nos prochaines études sur les TCA chez les adolescents.

4-1-2-2- Changements cognitifs et comportementaux

Les améliorations sur le plan comportemental (réintroduction du petit-déjeuner par exemple) ont globalement duré le temps du programme, puis ont été abandonnées. Les changements cognitifs (prise de conscience de symptômes par exemple) sont restés acquis. Ce qui rejoint la discussion précédemment concernant la dépréciation du versant comportemental chez les participantes. Nous n'avons pas réalisé un suivi suffisamment long pour évaluer l'impact du programme BAT au long cours et confirmer ces résultats. Dans l'étude pilote d'E. Stice (27), les effets du programme persistent sur la durée de suivi de deux mois après la fin du programme. Il conviendrait de réaliser une étude au long cours après la fin du programme BAT.

4-2-Forces et limites de l'étude

4-2-1-Concernant l'analyse qualitative

L'originalité de notre étude tient à son caractère qualitatif. Elle permet de considérer la dimension individuelle du programme BAT, de comprendre le vécu des différentes participantes et d'envisager des améliorations du programme.

Elle est de bonne qualité sur le plan qualitatif. Les données ont été recueillies, analysées et présentées en respectant au mieux les grilles de lecture critique d'articles de recherche qualitative (59, 60).

Le large choix d'options d'analyse des données qualitatives fait qu'il existe un vaste champ de thèmes et de sujets potentiels (59, 60). Nous avons ciblé pour notre étude l'évaluation de l'acceptabilité et de l'impact thérapeutique du programme BAT. Cependant la richesse des entretiens d'évaluation et le programme BAT en lui-même ont fait émerger de nombreux éléments cliniques intéressants. Par exemple, les lettres et les discussions lors du programme donnent un accès nouveau au quotidien des participantes, authentique et intime, différent de ce à quoi nous accédons en entretien individuel psychiatrique. Des études (61, 62) exposent le contenu clinique riche qui ressort de groupes thérapeutiques d'orientation analytique. Ces éléments cliniques peuvent permettre d'enrichir les connaissances de la communauté médicale.

Cependant il existe un possible biais dans le recueil des données par le fait que les entretiens ont été menés par un des thérapeutes du programme. Les participantes ont donc pu être influencées lors des entretiens d'évaluation du programme. Il est possible par exemple qu'elles aient été gênées de s'exprimer concernant les points négatifs du programme, de peur de contrarier l'animateur. A l'inverse, si l'entretien avait été réalisé par un évaluateur inconnu, il aurait pu leur être difficile de parler de leurs difficultés alimentaires : par exemple les vomissements post-prandiaux qui génèrent une honte importante connue chez ces

patientes (57). Il est recommandé que le chercheur et le thérapeute soient deux personnes différentes lors des entretiens (58). Une alternative aurait été un recueil des données qualitatives concernant l'acceptabilité et l'impact du programme BAT via des autoquestionnaires. Mais les autoquestionnaires n'ont pas l'interactivité qu'ont les entretiens semi-structurés permettant d'approfondir certains points de la conversation chez le participant. Des entretiens s'appuyant sur des autoquestionnaires préalablement remplis pourraient être une méthode intéressante.

Une autre limite de cette étude est que les données n'ont pas été triangulées avec l'analyse des données par deux personnes différentes. De plus, les données interprétées et structurées en thèmes n'ont pas été validées secondairement par les participantes. Or ce sont deux critères de qualité dans les études qualitatives (59, 60).

Nous considérons que la saturation des données n'a pas été atteinte. Principalement parce qu'il y a autant d'expériences que d'individus (51). De plus, de cet échantillon de cinq participantes, de nouvelles données continuaient d'émerger des entretiens. L'API n'a pas de recommandation statuuée : selon les études, les échantillons varient entre 3 et 15 entretiens ou plus (50,51). Une étude constituée de plus de participantes permettrait de compléter nos résultats.

Et enfin l'état nutritionnel et les troubles cognitifs fréquents dans l'anorexie mentale (63) ont pu altérer le recueil de données lors des entretiens.

4-2-2-Concernant l'évaluation quantitative

Le nombre de participantes recrutées pour cette étude ne nous a pas permis de réaliser une étude contrôlée, randomisée, qui a un niveau de preuve plus important. Les résultats retrouvés dans cette étude sont prometteurs, mais à prendre avec précaution.

Cette étude permet par ailleurs de tester la méthodologie utilisée en amont d'une étude contrôlée randomisée de plus grande ampleur.

4-2-3-Influence des thérapeutes sur le programme

Une limite plus générale tient à l'adhésion des thérapeutes au programme. Il a été difficile pour les thérapeutes de respecter scrupuleusement le scripte américain traduit tel quel en français. Ils ont donc paraphrasé le scripte afin qu'il leur soit plus confortable, plus fluide et cohérent avec leur façon d'exercer. Ceci a été réalisé sous l'accord et avec E. Stice, le créateur du programme. L'adhésion des thérapeutes à une psychothérapie et son expérience dans le pays (nombre d'années de pratique depuis son intégration dans le pays), influencent directement les résultats d'une psychothérapie (64). L'application du programme BAT issu d'une culture différente, par des thérapeutes n'ayant pas une forte adhésion, n'est donc pas évidente. Ceci a pu freiner l'impact du programme sur le plan comportemental. Il serait donc nécessaire d'édifier une seconde traduction de la version française plus en accord avec la culture française, et de parfaire la formation et la supervision des thérapeutes du programme, en collaboration avec E. Stice.

4-3-Caractère groupal du programme BAT

L'atout majeur relevé dans cette étude est le caractère groupal.

4-3-1-Impact sur l'assiduité et l'engagement au programme

Les participantes de notre étude affichent une assiduité et un engagement important grâce à la présence du groupe. Dans un groupe de Qigong, des patientes anorexiques étaient motivées à participer grâce à la convivialité du groupe (56). Dans un groupe thérapeutique d'orientation psychanalytique, la forte cohésion de groupe encourageait à la participation au groupe (61,62).

4-3-2-Impact sur l'humeur, les affects négatifs et l'estime de soi

Les thérapies de groupe, toutes orientations confondues, apportent un bien-être et un soulagement, à défaut de toujours apporter une diminution des symptômes (61).

Dans notre étude, le groupe a généré le sentiment de ne plus être seule et d'être comprise, effet relevé par la totalité des participantes, comme dans d'autres thérapies de groupe cognitivo-comportementales et de remédiation cognitive (48, 53). C'est un impact clinique intéressant. Jeammet P. (65) décrit bien l'isolement dans lequel se murent les adolescents souffrants de troubles psychiatriques. Il présente la réouverture à autrui comme la première étape de la guérison.

Nous pouvons même faire l'hypothèse que le programme permet une amélioration sur le plan thymique et que cet effet est lié au caractère groupal. Dans l'étude pilote du Professeur E. Stice (27), le programme améliore les affects négatifs, confirmant ce possible effet. Un programme de thérapie cognitivo-comportementale relève le caractère bénéfique du groupe sur le plan thymique et émotionnel (48). L'expérience de ne plus se sentir seul diminue le sentiment de honte et de culpabilité, ainsi que les affects négatifs.

La confrontation aux autres donne un appui que la thérapie individuelle ne procure pas forcément, améliorant rapidement l'estime de soi (62). Une autre étude retrouve une amélioration de l'estime de soi et de la confiance dans le processus de guérison de patientes anorexiques après une thérapie de groupe de remédiation cognitive (53).

4-3-3-Impact sur la prise de conscience des troubles et l'élaboration psychique

Dans notre étude, le caractère groupal a eu un autre effet intéressant, sur la prise de conscience de certains symptômes, grâce à la confrontation des symptômes des patientes les uns par rapport aux autres. Cet effet bénéfique, complété par le contenu psycho-éducatif est retrouvé dans un programme de groupe de thérapie cognitivo-comportementale (48). C'est un effet important dans la mesure où les TCA, et surtout l'anorexie mentale, comportent fréquemment un déni des troubles (57), freinant la guérison. Un sentiment d'appartenance émerge grâce à une symptomatologie commune dans un groupe psychanalytique de patientes atteintes de TCA (62). Il favorise l'élaboration psychique qui est si difficile dans les TCA (62). Il facilite un accès des patientes à leur monde interne d'une façon moins angoissante que

ne le feraient des entretiens individuels (62).

4-3-4-Impact sur la motivation au changement et les stratégies de guérison

La spécificité groupale du programme a permis aux patientes d'échanger concernant des stratégies de changement et de progrès, générant espoir et motivation au changement. Une thérapie de groupe d'inspiration analytique chez des patientes adolescentes atteintes de TCA retrouve le même processus : la confrontation et l'étayage des patientes entre elles permettent une dynamique que les entretiens individuels ne permettent pas, concernant la motivation au changement (61). Les groupes thérapeutiques stimulent le développement des compétences par l'imitation ou la confrontation aux différences (61).

Or, l'amélioration de la compréhension de la symptomatologie, l'acquisition de stratégies de changement et la motivation au changement sont associés à une amélioration symptomatique dans de nombreuses psychothérapies (53, 66). Une méta-analyse récente sur les thérapies de groupe dans les TCA (67) a montré une efficacité des thérapies de groupe sur les symptômes alimentaires, aussi efficaces que des thérapies comportementalistes, individuelles, et de développement personnel, à la différence qu'elles sont moins onéreuses. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre thérapies de groupe d'orientation cognitivo-comportementales et les autres thérapies de groupe.

4-3-5-Impact sur le plan relationnel

Un autre intérêt du caractère groupal par rapport aux psychothérapies individuelles est l'entraînement aux habilités sociales. Les patients atteints de TCA ont des difficultés à nouer des relations sociales (1, 61), ont une absence de plaisir à être avec les autres, sont souvent isolés et évitent de communiquer (53). Les relations sont aussi souvent difficiles avec leur famille (61). La dynamique de groupe permet de travailler ces relations (61). Plusieurs patientes ont relevé une amélioration de leurs compétences relationnelles dans notre étude, comme dans d'autres études (48, 61, 53). Dans un programme de groupe de remédiation

cognitive (48), certaines patientes sont restées en contact pour se soutenir dans leur démarche de guérison après le programme, ce qui n'a pas fonctionné avec les patientes de notre étude.

4-3-6-Impact sur le plan identitaire

Le groupe a pu avoir un impact sur le plan identitaire qui n'a pas été relevé par les participantes. Le groupe de pairs constitue un élément fondamental à l'adolescence dans le processus identitaire, pour « s'étayer sur un espace médiateur identificatoire utilisé de façon transversale et non plus transgénérationnelle » (61). Les adolescentes cherchent à s'identifier à leurs semblables pour construire leur identité et acquérir leur autonomie (61).

5-CONCLUSION

Notre étude avait pour objectif d'évaluer l'acceptabilité et l'efficacité du programme BAT chez des adolescentes atteintes de TCA, au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble Alpes. L'originalité de cette étude est d'avoir mêlé une évaluation quantitative par des autoquestionnaires avant et après le programme, ainsi qu'une évaluation qualitative par un entretien semi-structuré après le programme.

Cinq patientes ont suivi le programme BAT, quatre adolescentes atteintes d'anorexie mentale et une présentant une boulimie. L'analyse qualitative montre une bonne acceptabilité de ce programme. Il a un impact favorable sur le plan motivationnel, cognitif, émotionnel, relationnel, mais est éphémère sur le plan comportemental. L'efficacité apparaît sur certains facteurs de maintien du TCA. L'analyse quantitative montre en effet une diminution significative des préoccupations alimentaires et de l'insatisfaction corporelle. La restriction alimentaire et les préoccupations pondérales diminuent de façon non significative. L'impact est moins franc sur la recherche de minceur. Le caractère groupal est le point fort. Il favorise l'adhésion à la thérapie, l'amélioration de l'humeur et de l'estime de soi, la reconnaissance des troubles, l'élaboration psychique, la motivation au changement, le développement de compétences sociales et le développement identitaire.

Dans les perspectives, il s'agit de réfléchir à l'amélioration du programme BAT, en édifiant une seconde version du programme BAT, plus adaptée à la culture française, améliorant le versant comportemental et l'impact du programme BAT sur l'internalisation de l'idéal de minceur. Une étude qualitative en focus group, consultant les participantes sur la façon dont nous pourrions améliorer ce programme, serait pertinente. Une étude contrôlée, randomisée, sur un échantillon plus important, est nécessaire pour préciser tous ces résultats.

Thèse soutenue par Anaïs CARRERAS

Filière Psychiatrie

EVALUATION DU PROGRAMME *BODY ACCEPTANCE THERAPY* CHEZ DES ADOLESCENTES PRESENTANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

CONCLUSION :

Les TCA aujourd'hui en France sont un problème de santé publique. Ils émergent principalement à l'adolescence et sont soumis à l'influence de la société sur l'idéal de minceur. Ils requièrent une prise en charge précoce et spécialisée, qui est difficilement accessible aujourd'hui en France. Le programme BAT est un programme thérapeutique groupal créé aux Etats-Unis pour des patients souffrants de TCA. Il s'agit d'un programme de première ligne de huit semaines, basé sur le principe de la dissonance cognitive et de la théorie de l'engagement. Il est ciblé sur l'insatisfaction corporelle et l'internalisation de l'idéal de minceur qui sont des facteurs de maintien du TCA. Son efficacité a été mise en évidence dans une étude pilote réalisée en population adulte, mais jamais testée à notre connaissance en population adolescente.

Notre étude a pour objectif d'évaluer l'acceptabilité et l'efficacité du programme *Body Acceptance Therapy* (BAT) chez des adolescentes atteintes de Trouble du Comportement Alimentaire (TCA), au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble Alpes. L'originalité de cette étude est d'avoir mêlé une évaluation quantitative par des autoquestionnaires avant et après le programme, et une évaluation qualitative via un entretien semi-structuré après le programme.

Cinq patientes ont suivi le programme BAT, quatre adolescentes atteintes d'anorexie mentale et une présentant une boulimie. L'analyse qualitative montre une bonne acceptabilité de ce programme. Il a un impact favorable sur le plan motivationnel, cognitif, émotionnel,

relationnel, mais est éphémère sur le plan comportemental. L'efficacité apparaît sur certains facteurs de maintien du TCA. L'analyse quantitative montre en effet une diminution significative des préoccupations alimentaires et de l'insatisfaction corporelle. La restriction alimentaire et les préoccupations pondérales diminuent de façon non significative. L'impact est moins franc sur la recherche de minceur. Le caractère groupal est le point fort. Il favorise l'adhésion à la thérapie, l'amélioration de l'humeur et de l'estime de soi, la reconnaissance des troubles, l'élaboration psychique, la motivation au changement, le développement de compétences sociales et le développement identitaire.

Dans les perspectives, il s'agit de réfléchir à l'amélioration du programme BAT, en édifiant une seconde version du programme BAT, plus adaptée à la culture française, améliorant le versant comportemental et l'impact du programme BAT sur l'internalisation de l'idéal de minceur. Une étude qualitative en focus group, consultant les participantes sur la façon dont nous pourrions améliorer ce programme, serait pertinente. Une étude contrôlée, randomisée, sur un échantillon plus important, est nécessaire pour préciser tous ces résultats.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 19/06/2018

LE DOYEN

Pr. Patrick MORAND

Le Doyen de l'UFR de Médecine

Pr. Patrick MORAND

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
JURY DE MÉDECINE**

Pr. Thierry BOUGÉROL

BIBLIOGRAPHIE

1. Carraz J, Perroud A. *Anorexie et boulimie: approche dialectique*. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson, DL 2009; 2009. xi+235.
2. Criquillion-Doulet S, Doyen C, editors. *Anorexie, boulimie: nouveaux concepts, nouvelles approches*. Paris, France: Lavoisier Médecine sciences; 2016. xviii+227.
3. American psychiatric association, editor. *DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington (D. C.)etc., Etats-Unis d'Amérique, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord: American Psychiatric Publishing; 2013. xlv+947.
4. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Jul;68(7):714–23.
5. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol*. 2013 May;122(2):445–57.
6. Flament MF, Obeid N. Prevalence of eating disorders: A comparative study between France, the U.S.A. and Canada. /data/revues/02229617/v60i5sS/S0222961712010422/ [Internet]. 2012 Sep 7 [cited 2017 Apr 1]; Available from: <http://www.em-consulte.com/en/article/736228>
7. Evaluation of a Cognitive Remediation Therapy Group for Adolescents with Anorexia Nervosa: Pilot Study - Pretorius - 2012 - European Eating Disorders Review - Wiley Online Library [Internet]. [cited 2018 Apr 11]. Available from: <https://onlinelibrary-wiley-com.gaelnomade-2.grenet.fr/doi/full/10.1002/erv.2176>
8. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol*. 2013 May;122(2):445–57.
9. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Jul;68(7):714–23.
10. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Jul;68(7):724–31.
11. Nikodijevic A, Buck K, Fuller-Tyszkiewicz M, Paoli T de, Krug I. Body checking and body avoidance in eating disorders: Systematic review and meta-analysis. *Eur Eat Disord Rev*. 2018 May 1;26(3):159–85.
12. Bardone-Cone AM, Harney MB, Maldonado CR, Lawson MA, Robinson DP, Smith R, et al. Defining recovery from an eating disorder: Conceptualization, validation, and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. *Behav Res Ther*. 2010 Mar;48(3):194–202.
13. Spielmans GI, Benish SG, Marin C, Bowman WM, Menster M, Wheeler AJ. Specificity of psychological treatments for bulimia nervosa and binge eating disorder? A meta-analysis of direct comparisons. *Clin Psychol Rev*. 2013 Apr;33(3):460–9.
14. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: a randomized double-blind placebo-controlled comparison. *Biol Psychiatry*. 2005 Feb 1;57(3):301–9.
15. Peterson CB, Mitchell JE, Crow SJ, Crosby RD, Wonderlich SA. The efficacy of self-help group treatment and therapist-led group treatment for binge eating disorder. *Am J Psychiatry*. 2009 Dec;166(12):1347–54.
16. Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2001 Mar;178:216–21.
17. Wilson GT, Zandberg LJ. Cognitive-behavioral guided self-help for eating disorders: effectiveness and

- scalability. *Clin Psychol Rev.* 2012 Jun;32(4):343–57.
18. Striegel-Moore RH, Leslie D, Pettrill SA, Garvin V, Rosenheck RA. One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: evidence from a national database of health insurance claims. *Int J Eat Disord.* 2000 May;27(4):381–9.
 19. Zandberg LJ, Wilson GT. Train-the-trainer: implementation of cognitive behavioural guided self-help for recurrent binge eating in a naturalistic setting. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* 2013 May;21(3):230–7.
 20. Waller G, Stringer H, Meyer C. What cognitive behavioral techniques do therapists report using when delivering cognitive behavioral therapy for the eating disorders? *J Consult Clin Psychol.* 2012 Feb;80(1):171–5.
 21. Fairburn CG, Cooper Z. Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behav Res Ther.* 2011 Jun;49(6–7):373–8.
 22. Lilienfeld SO, Ritschel LA, Lynn SJ, Brown AP, Cautin RL, Litzman RD. The research-practice gap: bridging the schism between eating disorder researchers and practitioners. *Int J Eat Disord.* 2013 Jul;46(5):386–94.
 23. Festinger L, Vaidis DCF. Une théorie de la dissonance cognitive. Paris, France: Enrick B éditions; 2017. 298 p.
 24. Kiesler C. *The Psychology of Commitment*, Academic Press, New York, 1971
 25. Joule, R.-V. et Beauvois, J.-L. Une théorie psychosociale : la théorie de l'engagement, *Recherche et Applications en Marketing*, 1989, 4, 1, 79-90.
 26. Joule R-V, Azdia T. Dissonance cognitive et engagement : lorsque deux comportements de soumission sont en contradiction avec la même attitude, *Cognitive Dissonance and Commitment : What Happens When Two Forced Compliance Behaviors are Inconsistent with the Same Attitude*, Zusammenfassung, Riassunto, Resumen, *Cognitive Dissonance and Commitment : What Happens When Two Forced Compliance Behaviors are Inconsistent with the Same Attitude.* *Cah Int Psychol Soc.* 2004;Numéro 64(4):5–11.
 27. Stice E, Rohde P, Butryn M, Menke KS, Marti CN. Randomized controlled pilot trial of a novel dissonance-based group treatment for eating disorders. *Behav Res Ther.* 2015 Feb;65:67–75.
 28. Stice E, Marti N, Shaw H, O'Neil K. General and program-specific moderators of two eating disorder prevention programs. *Int J Eat Disord.* 2008 Nov;41(7):611–7.
 29. Stice E, Marti N, Shaw H, O'Neil K. General and program-specific moderators of two eating disorder prevention programs. *Int J Eat Disord.* 2008 Nov;41(7):611–7.
 30. Müller S, Stice E. Moderators of the intervention effects for a dissonance-based eating disorder prevention program; results from an amalgam of three randomized trials. *Behav Res Ther.* 2013 Mar;51(3):128–33.
 31. Stice E, Rohde P, Gau J, Shaw H. Effect of a dissonance-based prevention program on risk for eating disorder onset in the context of eating disorder risk factors. *Prev Sci Off J Soc Prev Res.* 2012 Apr;13(2):129–39.
 32. Halliwell E, Diedrichs PC. Testing a dissonance body image intervention among young girls. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* 2014 Feb;33(2):201–4.
 33. Stice E, Becker CB, Yokum S. Eating disorder prevention: current evidence-base and future directions. *Int J Eat Disord.* 2013 Jul;46(5):478–85.
 34. Bohon C, Stice E, Spoor S. Female emotional eaters show abnormalities in consummatory and anticipatory food reward: a functional magnetic resonance imaging study. *Int J Eat Disord.* 2009 Apr;42(3):210–21.
 35. Fairburn CG, Stice E, Cooper Z, Doll HA, Norman PA, O'Connor ME. Understanding persistence in bulimia nervosa: a 5-year naturalistic study. *J Consult Clin Psychol.* 2003 Feb;71(1):103–9.

36. Nevenon L, Clinton D, Norring C. Validating the EDI-2 in three Swedish female samples: eating disorders patients, psychiatric outpatients and normal controls. *Nord J Psychiatry*. 2006;60(1):44–50.
37. Clinton D, Birgegård A. Classifying empirically valid and clinically meaningful change in eating disorders using the Eating Disorders Inventory, version 2 (EDI-2). *Eat Behav*. 2017 Feb 9;26:99–103.
38. Bouvard M, Cottraux J. *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie*. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier-Masson, impr. 2010; 2010. xvi+348.
39. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983;2:15—34.
40. Garner, DM. *Eating disorder inventory-2. Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Research, Inc. 1991
41. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*. 1994;16;363-370.
42. Mobbs, O., & Van der Linden, M. (2006). Traduction française du questionnaire sur l'alimentation (Eating Questionnaire, EDE-Q). Unpublished.
43. Reas Deborah L, Grilo Carlos M, Masheb Robin M. Reliability of the Eating Disorder Examination Questionnaire in patients with binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44:43- 51.
44. Rose JS, Vaewsorn A, Rosselli-Navarra F, Wilson GT, Weissman RS. Test-retest reliability of the eating disorder examination-questionnaire (EDE-Q) in a college sample. *J Eat Disord*. 2013 Nov 20;1:42.
45. Aardoom JJ, Dingemans AE, Slob Op't Landt MCT, Van Furth EF. Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eat Behav*. 2012 Dec;13(4):305–9.
46. Berg KC, Peterson CB, Frazier P, Crow SJ. Psychometric Evaluation of the Eating Disorder Examination and Eating Disorder Examination-Questionnaire: A Systematic Review of the Literature. *Int J Eat Disord*. 2012 Apr;45(3):428–38.
47. Rousseau A, Knotter A, Barbe P, Raich R, Chabrol H. [Validation of the French version of the Body Shape Questionnaire]. *L'Encephale*. 2005 Apr;31(2):162–73.
48. Laberg S, Törnkvist Å, Andersson G. Experiences of Patients in Cognitive Behavioural Group Therapy: A Qualitative Study of Eating Disorders. *Scand J Behav Ther*. 2001 Dec 1;30:161–78.
49. Finning K, Richards DA, Moore L, Ekers D, McMillan D, Farrand PA, et al. Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): a qualitative process evaluation. *BMJ Open* [Internet]. 2017 Apr 13;7(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5541446/>
50. Davidsen AS. Phenomenological Approaches in Psychology and Health Sciences. *Qual Res Psychol*. 2013 Jul;10(3):318–39.
51. Smith JA, editor. *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. London, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord: SAGE; 2015. ix+301.
52. Finning K, Richards DA, Moore L, Ekers D, McMillan D, Farrand PA, et al. Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): a qualitative process evaluation. *BMJ Open* [Internet]. 2017 Apr 13;7(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5541446/>
53. Tchanturia K, Larsson E, Brown A. Benefits of group cognitive remediation therapy in anorexia nervosa: case series. *Neuropsychiatrie*. 2016;30:42–9.

54. Frostad S, Danielsen YS, Rekkedal GÅ, Jevne C, Dalle Grave R, Rø Ø, et al. Implementation of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) for adults with anorexia nervosa in an outpatient eating-disorder unit at a public hospital. *J Eat Disord*. 2018 May 29;6:12.
55. Tchanturia K, Giombini L, Leppanen J, Kinnaird E. Evidence for Cognitive Remediation Therapy in Young People with Anorexia Nervosa: Systematic Review and Meta-analysis of the Literature. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2017;25(4):227–36.
56. Gueguen J, Piot M-A, Orri M, Gutierre A, Le Moan J, Berthoz S, et al. Group Qigong for Adolescent Inpatients with Anorexia Nervosa: Incentives and Barriers. *PLoS ONE [Internet]*. 2017 Feb 2;12(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5289494/>
57. Swanson S, Aloisio K, Horton N, Sonnevile K, Crosby R, Eddy K, et al. Assessing Eating Disorder Symptoms in Adolescence: Is There a Role for Multiple Informants? *Int J Eat Disord*. 2014 Jul;47(5):475–82.
58. Starzomska M, Tadeusiewicz R. Pitfalls in anorexia nervosa research: The risk of artifacts linked to denial of illness and methods of preventing them. *Psychiatr Danub*. 2016 Sep;28(3):202–10.
59. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet Lond Engl*. 2001 Aug 11;358(9280):483–8.
60. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. 2000 Jan 1;320(7226):50–2.
61. Vust S, Narring F, Michel L. Adolescentes présentant des troubles des conduites alimentaires : une expérience de groupe thérapeutique, Summary. *Psychothérapies*. 2004;24(2):93–100.
62. Vust S, Michel L. Adolescence, troubles du comportement alimentaire et groupe thérapeutique : une expérience, Abstract, Resumen. *Adolescence*. 2006;no 56(2):421–8.
63. Andrés-Perpiña S, Lozano-Serra E, Puig O, Lera-Miguel S, Lázaro L, Castro-Fornieles J. Clinical and biological correlates of adolescent anorexia nervosa with impaired cognitive profile. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Dec;20(11–12):541–9.
64. Lange AMC, van der Rijken REA, Busschbach JJV, Delsing MJMH, Scholte RHJ. It's not just the Therapist: Therapist and Country-Wide Experience Predict Therapist Adherence and Adolescent Outcome. *Child Youth Care Forum*. 2017;46(4):455–71.
65. Jeammet P, Brizard C. *Quand nos émotions nous rendent fous: un nouveau regard sur les folies humaines*. Paris, France: Odile Jacob, DL 2017; 2017. 212 p.
66. Gibbons MBC, Crits-Christoph P, Barber JP, Wiltsey Stirman S, Gallop R, Goldstein LA, et al. Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies. *J Consult Clin Psychol*. 2009 Oct;77(5):801–13.
67. Grenon R, Schwartz D, Hammond N, Ivanova I, Mcquaid N, Proulx G, et al. Group psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2017;50(9):997–1013.

ANNEXES

Annexe 1

Tableau 1 Description des différentes séances du programme de prévention *Body Project*

Séance 1	Prise de conscience de l'idéal de minceur
	<ul style="list-style-type: none">• Définition par le groupe de l'idéal de minceur : façon dont il est véhiculé par les médias et par l'entourage, conséquences négatives à poursuivre cet idéal• Tâche à domicile : écrire sur les conséquences négatives liées à la poursuite de l'idéal de minceur
Séance 2	Action contre l'idéal de minceur
	<ul style="list-style-type: none">• Retour sur la séance 1• Jeu de rôle : les élèves dissuadent l'intervenant de poursuivre l'idéal de minceur• Tâche à domicile : dresser une liste de dix actions pour lutter personnellement contre l'idéal de minceur dans la vie quotidienne
Séance 3	Amélioration de la satisfaction corporelle
	<ul style="list-style-type: none">• Retour sur la séance 2• Discussion sur les préoccupations personnelles des élèves sur leur image corporelle• Tâche à domicile : les élèves doivent se regarder dans un miroir de plein pied et repérer des aspects positifs d'eux-mêmes qu'ils apprécient
Séance 4	Projet futur
	<ul style="list-style-type: none">• Retour sur la séance 3• Discussion d'actions futures à faire au quotidien pour pallier à la pression de l'idéal de minceur• Discussion des bénéfices perçus de ce programme• Tâche à domicile : écrire une lettre à un adolescent pour lui expliquer comment mieux vivre avec son corps et éviter les préoccupations sur son image corporelle

Annexe 2

Tableau 2 Description des différentes séances du programme thérapeutique *Body Acceptance Therapy*

Séance 1	
	<ul style="list-style-type: none">• Introduction au programme thérapeutique.• Présentation et engagement volontaire des patients.• Exercice écrit concernant l'importance d'améliorer l'image corporelle. Puis partage de l'exercice en groupe.• Discussion en groupe concernant la définition et l'origine de l'idéal de minceur à partir d'images de magazines de mode et d'une vidéo (exemple : influence de la société et des médias).• Discussion en groupe sur les conséquences négatives de la poursuite de l'idéal de minceur (exemple : diminution de l'estime de soi).• Exercice comportemental visant les patients à se complimenter entre elles sur le plan corporel.• Présentation des tâches à domicile à faire d'ici la séance suivante :<ul style="list-style-type: none">- écriture d'une lettre à une jeune fille concernant les conséquences négatives de la poursuite de l'idéal de minceur ;- exercice d'affirmation de soi : exposition à un miroir afin de décrire dix qualités corporelles.
Séance 2	
	<ul style="list-style-type: none">• Lecture et discussion concernant les lettres écrites à domicile.• Discussion concernant l'exercice d'affirmation de soi face au miroir réalisé à domicile.• Jeu de rôle consistant à s'opposer aux préoccupations corporelles de quelqu'un (exemple : répondre à une jeune fille qui s'acclame « je suis si grosse ! »).• Présentation des tâches à domicile à faire d'ici la séance suivante :<ul style="list-style-type: none">- écrire une lettre dans laquelle l'auteur s'oppose à une personne exerçant une pression pour se conformer à l'idéal de minceur, lui communiquer le ressentiment provoqué, décrire une façon d'y répondre aujourd'hui ;- écrire une liste de moyens pouvant être mis en place pour résister à l'idéal de minceur dicté par la société (exemple : afficher un poster « aime ton corps » dans les toilettes des filles du lycée).
Séance 3	
	<ul style="list-style-type: none">• Lecture et discussion concernant les lettres écrites à domicile.• Discussion concernant les conséquences négatives des préoccupations corporelles (exemple : isolement social).• Présentation d'une des tâches à domicile à faire sur les prochaines semaines : exposer son corps d'une façon nouvelle (exemple : porter des shorts à l'école).• Discussion autour de la liste établie à domicile pour s'opposer à l'idéal de minceur. Réalisation d'une de ces actions sur les prochaines semaines.
Séance 4	
	<ul style="list-style-type: none">• Discussion concernant les deux précédents exercices comportementaux.• Jeu de rôle : l'objectif est de s'opposer à des discours encourageant l'idéal de minceur (exemple : s'opposer à une jeune fille énonçant que seules les filles minces sont invitées par les garçons).• Expression des patients au sujet des TCA qui les ont motivés à s'engager dans le programme BAT (exemple : frénésies alimentaires).• Description des tâches à domicile à faire d'ici la séance suivante :<ul style="list-style-type: none">- manger trois repas par jour après avoir défini ce qu'est un repas adapté ;- rédaction d'une lettre critiquant les préoccupations alimentaires et pondérales.
Séance 5	
	<ul style="list-style-type: none">• Lecture et discussion concernant les tâches à domicile.• Discussion concernant les effets négatifs des compulsions alimentaires (exemple : sentiment de honte).• Exercice écrit listant les raisons motivant l'arrêt des TCA.• Présentation des tâches à domicile à faire d'ici la séance suivante :<ul style="list-style-type: none">- exercice comportemental visant à interrompre un comportement alimentaire pathologique (exemple : arrêter les vomissements après les prises alimentaires) ;- rédaction d'un reportage sur les effets négatifs des TCA.
Séance 6	
	<ul style="list-style-type: none">• Discussion autour des deux tâches à domicile précédentes.• Discussion concernant les conséquences négatives sur la santé des TCA (exemple : trouble de la fertilité).• Description des tâches à domicile à faire d'ici la séance suivante :<ul style="list-style-type: none">- manger 3 repas par jour ; supprimer un autre comportement alimentaire pathologique ;- rédiger une lettre à une jeune fille l'aidant à maintenir une image corporelle positive d'elle-même.
Séance 7	
	<ul style="list-style-type: none">• Discussion autour des tâches à domicile précédentes.• Discussion concernant les conséquences négatives sur le plan relationnel des TCA (exemple : isolement social).• Jeu de rôle visant à dissuader de s'engager dans un TCA (exemple : s'opposer à un individu qui déclare qu'il a décidé de ne pas manger de petit-déjeuner pour maigrir).• Description des tâches à domicile :<ul style="list-style-type: none">- poursuite exercices comportementaux des semaines précédentes ;- écrire ce qu'il pourrait être réalisé si le temps et les ressources n'étaient pas consacrés aux corps et à l'alimentation (exemple : s'acheter un billet pour un concert plutôt que pour de la nourriture).
Séance 8	
	<ul style="list-style-type: none">• Discussion autour des tâches à domicile précédentes.• Discussion concernant les activités plaisantes qui peuvent être incluses au quotidien.• Discussion autour des bénéfices du groupe.• Description d'une tâche à réaliser à domicile : écriture d'un témoignage sur les bénéfices acquis lors de ce programme, sur l'importance de maintenir les changements réalisés, sur les conséquences d'une rechute. Il est proposé aux patients de le conserver et de le consulter autant que besoin. Il leur est proposé également de le transmettre à d'autres patients atteints de TCA pour les encourager dans leur processus de guérison.• Description d'une tâche à réaliser à domicile : exercice comportemental visant à parler positivement de soi (exemple : choisir un membre de sa famille et discuter d'une chose appréciée chez soi).

Annexe 3

Tableau 3 Guide d'entretien semi-structuré

Dimension – Questions et répliques

Expérience générale du programme

Tu as récemment suivi un programme thérapeutique en groupe. S'il te plaît, décris-moi l'expérience de ce groupe.

- Comment t'es tu sentie en suivant ce programme ?
 - Qu'est-ce que tu as aimé ou trouvé particulièrement utile?
 - Qu'est-ce que tu n'as pas aimé ou pas trouvé utile ?
-

Barrière au programme

Nous sommes intéressés par les raisons qui ont poussé les personnes à être assidues aux sessions, à faire les exercices à domicile. S'il te plaît, explique-moi les raisons qui t'ont poussé à continuer le programme ?

- facteurs liés au contexte personnel
 - facteurs spécifiques à la thérapie
 - facteurs liés à la relation thérapeutique
 - étapes ou exercices causant des difficultés
 - n'importe quoi qui a pu être fait pour surmonter ces difficultés
-

Stratégies de changement cognitif

Nous sommes intéressés par ton avis sur le rôle du programme dans le changement de tes croyances, ta façon de penser, n'importe quel impact qu'il a pu avoir sur ton trouble du comportement alimentaire. Est-ce que le programme a eu un certain impact sur tes croyances ou ta façon de penser ?

- croyances sous-jacentes
 - style de pensée
 - influence des changements cognitifs sur leur réflexion concernant les TCA
-

Stratégies de changement comportemental

Nous sommes intéressés par ton avis sur le rôle du programme dans ton comportement, l'impact qu'il a pu avoir sur tes troubles du comportement alimentaire. Est-ce que le programme a eu un impact sur ton comportement ?

- changement comportemental spécifique (arrêt des vomissements par exemple)
 - reconnaissance des facteurs déclenchants et des changements comportementaux qui en découlent
 - influence des changements comportementaux sur les TCA
-

Partie la plus importante de la thérapie

Quelle est l'aspect le plus important du programme pour toi ?

- relation thérapeutique
 - exercices et tâches à domicile
 - lieu
-

Impact général du programme

S'il te plaît, décris-moi l'impact que le programme a eu sur toi de façon plus générale, sur ta vie.

- opinions, réflexions sur le TCA
 - le regard et le sentiment qu'ils ont d'eux
 - le rôle des psychothérapies dans le traitement des TCA
 - l'impact du programme sur n'importe quel champ de la vie
-

Annexe 4 Retranscription des entretiens semi-structurés

Patiente 1

(...)

Tu as récemment suivi un programme thérapeutique en groupe. S'il te plaît, décris-moi l'expérience de ce groupe. Comment t'es-tu sentie en suivant ce programme ?

Bah... franchement... bah... au début, vous avez bien vu que j'étais pas très partante et tout. Puis finalement, ben au fur et à mesure des séances, c'était vraiment bien. Enfin même ma mère elle voulait vous appeler. Là elle est en vacances elle est à l'étranger. Du coup, là elle pouvait pas. Mais elle voulait vous appeler pour vous faire part de son ressenti... bah... de par rapport à moi et tout ça. Et enfin vraiment on a senti une différence quand même.

Quelle différence ?

Euh...

(...)

Qu'est-ce que tu as aimé ou trouvé particulièrement utile?

Bah... rencontrer déjà des personnes... des personnes... bah qui... qui... Même si... ben... je considère que je suis un peu plus avancée dans la maladie qu'elles... enfin... enfin... ça m'a quand même rassurée. Dans le sens où elles ont pu enfin comprendre ce que j'ai vécu et tout ça. Et... euh... et aussi pouvoir m'exprimer ouvertement... enfin... surtout sur un sujet comme ça. Parce que... bah... c'est vrai qu'à l'extérieur... bah... tout ça... bah... les gens... enfin... on peut leur en parler, mais ils... même si ils essayent, ils comprennent pas toujours, voilà. Et puis... bah ouai... c'était... ça me faisait un petit but dans ma semaine aussi de venir le mercredi. Ça occupait. Même si des fois... ben... j'aurais eu d'autres choses à faire comme... ben... Mine de rien ça m'occupait bien quoi.

Qu'est-ce que tu n'as pas aimé ou pas trouvé utile ?

Euh ben... ouf... au début... euh... au début, c'est vrai que c'était difficile d'être confrontée à des personnes... bah... relativement minces... euh... voir... euh... voir... euh... maigres quoi. L'image du corps et tout ça. Enfin je me sentais... bah... plus grosse qu'elles. Enfin du coup ça... au début, c'était compliqué. Enfin mais après... enfin... au fur et à mesure... enfin... j'ai su passer au-dessus. Et euh... enfin... je ne voyais plus. Je ne voyais plus la maigreur quoi en premier, la première vision de ces personnes quoi. Puis après... bah... y'avait rien d'inutile quoi. Les défis à la maison... enfin... c'était... c'était utile quoi. Ca nous aidait.

Je suis intéressée par les raisons qui ont poussé les personnes à être assidues aux sessions, à faire les exercices à domicile. S'il te plaît, explique moi les raisons qui t'ont poussé à continuer le programme ?

Bah... dans le but de toujours garder... bah... enfin... espoir. De se dire que ça pourrait m'aider... euh... Puis c'était une aide... bah... surtout... enfin... qui n'avait jamais été tentée. Et tout ça donc du coup pourquoi pas l'essayer. Et puis... bah... justement... enfin... et aussi ce qui était motivant c'était que toutes les semaines, quand il y avait des petits acquis, des petits objectifs, tout ça, du coup... bah... j'avais la motivation de continuer. Et puis de voir les filles c'était motivant.

Je suis intéressée par ton avis sur le rôle du programme dans le changement de tes croyances, ta façon de penser, n'importe quel impact qu'il a pu avoir sur tes difficultés alimentaires. Et-ce que le programme a eu un certain impact sur tes croyances ou ta façon de penser ?

Ouai quand même.

Lesquelles ?

Bah... au début des séances, pourtant ça peut paraître bête et tout, mais l'idéal de minceur vraiment ça m'a fait une sorte d'électrochoc. Enfin... quand on disait que... ben... que tout ça c'était des... enfin... les mannequins tout ça... ben... c'était pas la réalité... c'était impossible de vivre normalement avec un corps comme pareil que tout ça... ben... c'était des artifices. Que tout ça... enfin... elles n'étaient pas heureuses. Et puis comme ça... ouai... tous les éléments dans ce registre.

Je suis intéressée par ton avis sur le rôle du programme dans ton comportement et l'impact que ça a pu avoir sur tes troubles alimentaires. Est-ce que le programme a eu un impact sur ton comportement ?

Ouai... Ben du coup là clairement je calcule moins tout ce que je fais. J'arrive plus à me poser. Ouai. A être à table normalement. A manger sans... ouai... sans me dire « tu prends ça, tu prends ça ». Voilà quoi.

Quelle est l'aspect le plus important du programme pour toi ?

Le groupe et les exercices à domicile. Ouai. C'était un tout pour moi. Enfin... je pense que ça aurait pas été

pareil... ben... si yaurait eu la même démarche, mais si j'aurais été toute seule. Ou si on aurait été en groupe mais qu'on n'aurait pas discuté des mêmes choses. Tout ça.

Quelle était la force de ce programme pour toi ?

Ben... le fait d'être à plusieurs. De... de pouvoir discuter sur un sujet. Puis que chacun puisse y contribuer. Enfin c'était plus riche on va dire.

S'il te plaît, décris moi l'impact que le programme a eu sur toi de façon plus générale, sur ta vie.

Ben... une sorte de lâcher prise, de prise de conscience. Aussi, même si ça fait un certain temps que je suis là-dedans, le fait de répéter des choses, tout ça... enfin... je pense que ça s'imprègne plus.

Comment pourrait-on améliorer ce programme ? as-tu une idée ?

Euh... fough... ben... yaurait des choses. Mais là comme ça je ne vois pas trop. Euh... déjà... peut-être ouai en publiant... enfin... anonymement, nous, je pense, les témoignages des personnes qui participent. Ça pourrait être pas mal. Et puis après... bah ouai... toujours favoriser un maximum. Et, ah ouai ! peut-être faire des séances un petit peu plus longues. Peut-être une demi-heure de plus. Quand on part sur un autre sujet... enfin... ça fait perdre du temps et tout ça. Mais voilà.

(...)

Patiente 2

(...)

Tu as récemment suivi un programme thérapeutique en groupe. S'il te plaît, décris-moi l'expérience de ce groupe. Qu'est-ce que tu as aimé ou trouvé particulièrement utile?

Euh... bah... au niveau de ce qui m'a aidé, je pense plutôt... enfin... je pense ça m'aide plutôt maintenant. Je pense parce que... bah enfin... sur le coup je n'arrivais pas forcément... je n'arrivais pas forcément à me motiver, à mettre les choses en place. Enfin... en général... enfin... ça dépendait des semaines. En général je faisais les... enfin... je faisais tout le temps les exercices. Mais je le faisais avec plus ou moins de motivation en quelque sorte. Et... et des fois par exemple, il y avait des choses que j'avais envie de mettre en place. Mais finalement... bah... je ne les faisais pas vraiment. Je ne sais même pas quoi en fait. Et c'est plus maintenant, je pense, que ça me sert. Enfin, je garde un peu ce qui, je pense, peut m'être utile. Et... enfin... parce que par exemple, quand il y avait des trucs... enfin... j'avais des objectifs. Je les avais pas forcément accomplis. Enfin... des trucs que... ben... j'avais pas forcément fait. Et c'est plus, je pense, maintenant, quand je reprends ça... enfin... ce que je pourrais faire, ce qu'il s'est dit. Et tout ce que, je pense, sur le coup, ce qui m'aidait, plus que les... que les exercices, c'était... bah... à parler... de parler avec d'autres gens.

D'autres gens ? que veux tu dire ?

Oui, du coup, on n'est pas seul. Quand il y en a qui vont mieux, je pense, ça permet de... ouai... de s'entraider. Ca, sur certains points, on va mieux. On peut dire que... soit donner des conseils... c'est à dire que... que ça peut aller mieux. Enfin je sais pas comment expliquer, mais voilà.

Comment t'es-tu sentie en suivant ce programme ?

Euh bah... ça dépendait des séances. Enfin... yavait des séances où des fois... mais c'était... enfin... quand je sortais. Ben c'était un peu dur parce que forcément c'est pas vraiment facile de parler tout ça et tout. Et des fois... y'a des fois c'est... enfin... c'est pas pesant mais... enfin... des fois... des fois ça fait du bien. Et des fois c'est un peu plus pesant. Enfin... mais après c'est plus la première séance. Tout est... enfin... je ne sais que... bah enfin... je sais que... enfin... après ça allait beaucoup mieux parce que je suis arrivée à me détacher. Mais c'est vraiment la première séance où j'ai... ben... je suis arrivée et... enfin... je me suis... ben en fait... enfin... je me suis un peu comparée... enfin... tout de suite je me suis comparée. Et après, je sais que c'est bon. Je sais que je l'aurais fait dans tous les cas. Mais par exemple, au début de l'année, je me suis comparée avec des gens de ma classe et tout... enfin... et c'est toujours pour me dénigrer.

Physiquement ou psychologiquement ?

Ben les deux en fait. Je pense, au premier abord... enfin... bah... après... physiquement je me suis dit : « ouai, enfin, je suis trop grosse ». Alors que... enfin... voilà. Et après... mais après... je suis arrivé à... après ça va. Je suis arrivée à me détacher de ça et tout.

Qu'est-ce que tu n'as pas aimé ou pas trouvé utile ?

Bah... on a parlé... enfin... c'est vrai qu'on a parlé... bah... beaucoup parlé... beaucoup de la nourriture en fait. Et en fait moi... enfin... après personnellement, moi, maintenant mon problème c'est plus... enfin si c'est quand même... ça reste quand même la nourriture. Mais c'est... euh... mais c'est plus forcément ça le...

enfin... dont j'ai, je pense... j'ai besoin de parler pour... pour améliorer certaines choses en fait. Enfin... je sais pas trop comment expliquer. Mais je pense... enfin... après, juste, je sais pas. Peut-être que je me trompe. Mais je sais qu'il y a des trucs que je compte, sur lesquels faut que je continue de travailler. Mais ya certaines choses... enfin voilà... par exemple, ben oui, y'avait des trucs. Bah... après par exemple, c'est vrai qu'il y avait quand on devait mettre en place des objectifs... bah... y'avait des objectifs. Je me disais : « oui par exemple faudrait que je mette en place des objectifs, manger un peu plus de matières grasses ». Des trucs comme ça. Sauf que... bah... pour l'instant je me sens pas encore prête du coup. Je ne sais pas... enfin... du coup, je sais que c'est un peu de ma faute aussi parce que c'est pas moi qui ai mis en place. Mais sinon en parler... enfin... en parler... enfin... moi je ressentais pas forcément le besoin de parler de ça en fait.

Tu ressentais le besoin de parler de quoi ?

Bah... moi je pense que les séances qui m'ont le plus aidée c'est celles où on parlait de l'image corporelle. De... enfin... de l'importante... bah... de l'image dans la société et des trucs comme ça. C'est vraiment ce qui est compliqué pour moi... enfin... Aussi de l'estime de soi... aussi oui. Mais après, c'est bien aussi que yen est pour... bah... pour tout le monde. Parce que tout le monde n'a pas les mêmes... on n'avait pas toutes les mêmes soucis. On n'était pas toutes au même stade. Du coup... bah... c'est bien.

Est ce qu'il y avait des exercices à la maison qui posaient problème ?

Bah... l'exercice sur... je me souviens, le premier exercice à répéter... enfin... si je crois... l'exercice sur le miroir, de se regarder. Parce que... ben... moi j'ai du mal. Et en fait, déjà, j'ai déjà tendance à me regarder souvent dans le miroir. Mais euh du coup, à essayer de se regarder en voyant une autre, c'était un peu difficile. Parce que déjà en ce moment... enfin... j'essaye de... bah... quand je me vois dans une robe... bah... juste de me voir sans rien penser. Parce que en fait... enfin... déjà juste me voir, en fait, comme ça sans rien penser, mais c'est pas facile. Et du coup... bah... déjà de en plus devoir trouver des qualités ben... enfin... du coup j'avais plutôt trouvé des qualités mentales. Et encore, c'est pas... pas un... c'est un truc j'ai du mal à.

Je suis intéressée par les raisons qui ont poussé les personnes à être assidues aux sessions, à faire les exercices à domicile. S'il te plaît, explique moi les raisons qui t'ont poussé à continuer le programme ?

Je sais pas trop... enfin... je sais que ya un moment quand, je me souviens, quand on était à l'UPE, on nous avait dit à un moment que il y avait peut-être des groupes de parole, truc comme ça, qui pourraient se mettre en place. Et bah... je sais que je me souviens que... bah... moi je n'étais pas la seule. C'est différent. Je m'étais dit, ça... ça pourrait être... être bien. Et... enfin... ça pourrait être sympa. Et du coup je me suis dis... enfin... si... si on fait un groupe... bah... c'est bien de venir... enfin... pour... Même si il y a une séance qui nous a pas forcément plus... bah... l'autre elle va peut-être plus nous plaire. Pour essayer. Enfin... ça peut pas faire de mal. Parce qu'il y a un groupe qui est mis en place

Que veux-tu dire ? C'est un peu par respect que tu es venue ?

Non, ce n'est pas par obligation du tout. C'était plus que... bah... c'est quelque chose que... enfin... qui juste... bah... au début je me disais... enfin... je me disais : « ça pourrait être pas mal ». Et du coup... bah... quand il y a un groupe qui s'est mis en place, je suis dis... bah... puisque c'est quelque chose auquel je m'étais dit que ça serait une bonne idée... bah... enfin voilà.

Est-ce que tes motivations pouvaient venir aussi, par exemple, de la composition du groupe, des filles qui avaient les mêmes soucis que toi ?

Bah... je pense que ce qui m'a aidé sur ce point c'est surtout de voir que... enfin... quand il y en avait qui mettaient des choses en place... bah... voir comment elles l'avaient vécu... enfin... parce que des fois on n'a pas forcément... enfin... moi j'avais pas forcément la motiv. Enfin... pas la motivation mais... enfin... je n'arrivais pas forcément à trouver le temps, ou je sais pas, ou l'envie de mettre certaines choses en place. Et de voir qu'il y en avait d'autres qui l'avaient mis en place et qui l'avaient... bah... plus ou moins bien vécu, mais que... enfin... ça les aidait. Enfin voilà. Ça pousse je pense à se dire : « bah, voilà j'y pense, faudrait peut-être que je le fasse aussi », enfin.

Quels ont été les autres facteurs de motivation ? par exemple le lieu ? la guidance par le Docteur X et moi ? la thérapie]

Ben oui, je vous avais déjà vues toutes les deux. Du coup bah...

Ca te rassurait de nous connaître ?

Ben oui, je pense. Parce que c'est vrai qu'à la fin, je pense que j'avais pas forcément non plus envie de raconter tous mes problèmes à d'autres gens. Parce que c'est vrai que des fois... enfin... maintenant que... ben... ben... maintenant que j'ai un soin qui est mis en place, voilà. Je n'ai pas forcément envie de revoir

quelqu'un d'autre. Faut en reparler. Parce que c'est vrai qu'au bout d'un moment ça peut devenir pesant. J'ai pas forcément envie que tout le monde soit au courant du coup.

Le lieu ?

Le lieu, ça n'a pas forcément changé grand-chose.

Ton moral à ce moment là ?

Je pense que le fait que j'étais pas bien à ce moment là, au contraire, je pense, ça me bloquait un peu. Parce que du coup après... après je me suis demandé si ça... enfin... Je me suis dit... oui... bah... pour l'instant... parce que si.... Je pense que j'avais mis pas mal d'espoirs en gros dessus. Et... enfin oui... en huit séances ça peut pas forcément être un truc miracle qui va comme ça... qui va tout de suite nous faire aller mieux. Enfin c'est comme tout de toute façon. Mais euh... mais du coup je pense que le fait que je n'allais pas très bien, au contraire, ça m'a un peu freiné dans le fait que je fasse les exercices. Parce que... bah... parce que j'avais pas la motivation sur grand-chose. Du coup bah... voilà.

Je suis intéressée par ton avis sur le rôle du programme dans le changement de tes croyances, ta façon de penser, n'importe quel impact qu'il a pu avoir sur tes difficultés alimentaires. Et-ce que le programme a eu un certain impact sur tes croyances ou ta façon de penser ?

Euh bah... ça dépend quoi. Parce que par exemple, y'avait des choses... enfin... tout ce qui était effets négatifs... bah... je le savais déjà avant. Enfin... même quand j'étais vraiment très malade, je le savais déjà en fait. C'est juste que je m'en fichais. Maintenant je m'en fiche plus. Mais après... après... tout ce qui était une image dans la société en fait... enfin... moi ce qui est un peu compliqué c'est que... bah... je préconise pas forcément la minceur, même pas du tout. Enfin... c'est pas... c'est pas... enfin... quand je vois des filles qui travaillent dans les magazines... ben... c'est pas forcément ce que je vais trouver joli. Enfin... mon problème c'est vraiment... ben... l'image de mon corps. Parce que... enfin... parce que j'ai un problème avec tout ça. Mais sinon, tout ce qui était... bah... les discussions... je pense sur le coup, c'est ce qui m'a le plus aidé. Enfin, sur le coup, je pense que c'est ce qui m'a le plus aidée. Parce que... bah... après ça dépend sur quel sujet. Mais ya des choses... ça fait du bien d'en parler, sans forcément que... bah... l'image du corps dans la société me concerne... Enfin, moi ça m'a fait du bien d'en parler, sans forcément que ça m'aide. Parce que bah...

Quelle est la discussion qui t'a le plus aidée ?

Ben je sais pas.

Je suis intéressée par ton avis sur le rôle du programme dans ton comportement, et l'impact que ça a pu avoir sur tes troubles alimentaires. Est-ce que le programme a eu un impact sur ton comportement ?

Bah... je pense... enfin... j'ai pas vraiment eu des comportements qui se sont modifiés. Mais en fait là... là je ne sais pas trop. Parce que... enfin... en tout cas au niveau des comportements... bah... j'ai essayé de... de mettre des choses en place. Mais je pense pas suffisamment sur le coup pour que ça... ça marche. Enfin... je sais pas trop comment expliquer. Mais je pense... bah... en tout cas, d'être au niveau de la balance. Bah...ya certaines choses... bah... qui se sont pas forcément débloquées mais qui... enfin... Je me suis peut-être déstressée sur certains sujet, sans forcément m'en rendre compte. Enfin... peut-être... bah... je pense que... je pense vraiment que ce qui m'aide c'est plus... bah... au long terme... bah... parce que... parce que... enfin... maintenant je repense à certaines choses qui sont dites. Et puis je vais y réfléchir. Alors que sur le coup... bah... je l'entendais juste en fait, sans forcément... enfin... je l'entendais et sans forcément... voilà... enfin... sans forcément je pense. C'est plus après coup.

Quelle est l'aspect le plus important du programme pour toi ?

Je pense que c'était le fait d'avoir les... bah... qu'on lise toutes... bah... ce qu'on avait fait. Et de parler vraiment. De parler de ce qu'on avait mis en place ou... enfin... Vraiment plutôt le... bah... Tout ce qui était sur les discussions que l'on pouvait avoir au sein du groupe.

S'il te plaît, décris moi l'impact que le programme a eu sur toi de façon plus générale, sur ta vie.

Bah... je sais pas si ça a eu réellement d'impact. Après, peut-être que je le vois juste pas. Mais comme je le disais, je ne pense pas que ça ait réellement eu d'impact sur le coup. Mais je pense à... bah... ça a peut-être amélioré ma motivation à faire certaines choses que... enfin... C'est pas forcément une question de motivation. C'est pas forcément que je ne sois pas motivée à le faire. C'est que... c'est plus que... bah... j'ai plus de preuves en quelque sorte que ça peut... que ça peut réellement faire du bien. Ou que ça peut réellement être utile. Ou... enfin...

Le groupe Messenger que vous avez créé, vous continuez de communiquer ensemble ?

Oui. Ben ça dépend des semaines. Mais oui. Ça dépend des moments. On se donne des nouvelles. Oui. Ben après, je sais que je suis dans le même lycée que... bah... comment elle s'appelle... que X. Et du coup... bah... peut-être qu'on va essayer de manger ensemble.

Comment pourrait-on améliorer ce programme ? as-tu une idée ?

Non. Ben... je sais pas.

(...)

Patiente 3

(...)

Tu as récemment suivi un programme thérapeutique en groupe. S'il te plaît, décris-moi l'expérience de ce groupe. Comment t'es-tu sentie en suivant ce programme ?

Euh... franchement c'est... ça m'a fait du bien parce que au... au début... enfin... pas vraiment au début... enfin euh... à un moment... ben je pensais être vraiment la seule qui... je savais qu'il y en avait beaucoup d'autres. Mais je connais beaucoup de personnes. Et dans toutes ces personnes, j'en trouvais pas une qui était comme moi. Et du coup je me disais... enfin... c'est moi qui a tort. Du coup je sais pas. Je me questionnais beaucoup. Toujours par exemple : oui on se questionne beaucoup, oui le cerveau il est en... je voulais dire quoi déjà ? oui, je me questionnais beaucoup. Et trouver une réponse à tout ça. Et après on a commencé à faire ces séances. Et c'est vrai que d'entendre des filles qui avaient vécu ce que j'avais vécu, moi, des fois... enfin... c'est comme si... enfin... j'ai rien contre les filles, mais des fois je me trouvais un peu hors sujet. Parce que elles c'était de l'anorexie, alors que moi de la boulimie. Mais au final... enfin... c'est toujours la même chose. C'est toujours la même maladie. C'est toujours quelque chose qui ramène vraiment du coup.

Qu'est-ce que tu n'as pas aimé ou pas trouvé utile ?

Oh non... rien du tout ! vraiment !

Qu'est-ce que tu as aimé ou trouvé particulièrement utile ?

Bah... de parler justement avec les autres. De se confronter. Par exemple... euh... vers le début, c'était un peu plus difficile parce que... on se connaît pas et tout. Mais vers la fin, c'était vraiment bien. On n'avait plus honte de parler de nos problèmes. Et ça nous a vraiment beaucoup aidées. Ah ! En plus après, on s'est échangé les numéros. Et pendant quelques jours, on s'est écrit. C'était vraiment bien.

Qu'est devenu votre groupe Messenger ?

Bah... c'est vrai que par exemple moi... que moi je suis vraiment envahie par le... par le travail... enfin... par exemple j'ai eu 5 contrôles en deux jours. Du coup... euh... je bosse beaucoup et j'ai pas forcément l'envie... enfin... par exemple le temps d'utiliser mon portable. Mais si jamais je trouve le temps, oui ! Je leur envoie un message. Oui, c'est normal.

Je suis intéressée par les raisons qui ont poussé les personnes à être assidues aux sessions, à faire les exercices à domicile. S'il te plaît, explique moi les raisons qui t'ont poussé à continuer le programme ?

Bah euh... au début, c'était pas la même chose qu'à la fin. Comme je l'ai dit tout à l'heure... euh... après être venue la première et la deuxième fois, c'est vrai que juste de penser que je ne serais plus venue, ça me faisait du mal. Parce que j'aimais vraiment beaucoup cette... enfin... parler justement avec les filles. Enfin... ce qui m'a plu et ce qui me disait « vas-y ! faut que j'y aille ! », c'est que je savais que ça allait m'aider en quelque sorte. Je savais que, au fond, ça allait me faire du bien. Et du coup, c'est ça qui m'a... qui m'a... qui m'a motivée.

Est-ce que il y avait des raisons qui étaient liées à la thérapie, comme les exercices, aux personnes du groupe, médecins et autres membres compris, à un événement de ta vie personnelle, n'importe quoi qui a pu te motiver à venir ?

Vous étiez vraiment très sympas, je trouve. La rédaction, c'est vrai que ça m'aidait beaucoup à mettre les choses en place, à me dire... euh... j'ai fait ça pour telle raison. Alors qu'avant, j'avais jamais fait ça. Et quand je parlais à des docteurs... bah euh... des fois, je ne savais pas quoi dire parce que, justement, je n'avais jamais réfléchi à ça. Et du coup, surtout la rédaction, les rédactions qu'on faisait, ça m'a vraiment beaucoup aidée à mettre les choses en place.

D'autres raisons ?

Euh... non !

Je suis intéressée par ton avis sur le rôle du programme dans le changement de tes croyances, ta façon de penser,

n'importe quel impact qu'il a pu avoir sur tes difficultés alimentaires. Et-ce que le programme a eu un certain impact sur tes croyances ou ta façon de penser ?

Euh... oui ! surtout pour le regard des gens. Car avant, je regardais quand même beaucoup ça. Et comme je disais, j'arrêtais pas de me regarder dans le miroir et tout. Justement, pour être bien aux yeux des autres. Et au final, on a compris. Et je pense que c'est l'idée de toutes. Que de toute façon tout le monde aurait toujours envie de critiquer quoi que ce soit dans les gens. Et que ça sert à rien de se compliquer la vie pour les autres quoi. Parce que au final, c'est nous qui allons souffrir et eux non.

Y-a-t'il eu autre chose ?

Je pense que c'est la plus importante. Aussi le regard pour... parce que... bah... d'une part, je me regardais moi. Mais je regardais les autres aussi. Par exemple... bah... le fait de me comparer. Par exemple, comme disait X, quand on est à la cantine, quand... et la nourriture qu'on mange nous et les autres. Et c'est vrai que grâce à ça, j'ai une amie qui, à chaque fois on est ensemble et on mange, et... elle ne finit jamais son plat. Du coup, ça me trouble. Et la dernière fois, je lui ai dit : « écoute, si ça t'as envie de manger, mange ! c'est pas parce que tu vas tenir. C'était une pizza. C'est pas parce que tu vas finir ta pizza qu'on va dire que tu es grosse ou quoi que ce soit ». Elle m'a dit : « non, mais j'ai vraiment pas envie de la manger ». Parce que, en plus, elle est devenue végétarienne de rien. Euh... elle mange vraiment peu. Du coup, je me... enfin... j'ai eu peur pour elle. Parce que je sais ce que ça veut dire de vivre ce genre de truc. Et du coup, ben... j'ai essayé de lui parler. Et je pense qu'elle a apprécié.

Tu es allée aider quelqu'un comme dans certains exercices du programme...qu'est-ce que ça t'a fait ? tu étais fière ?

Ah oui ! parce que on ne m'a jamais fait ça. Je pense aussi parce qu'ils ne comprenaient pas mais... euh...

Penses-tu que programme t'a influencé ? t'a aidé à aller lui parler ?

Oui, parce que, avant, je me serais dit : « c'est pas grave s'il mange pas ». Enfin euh... du coup, c'est pas grave... enfin... un truc comme ça. Ou elle le fait parce que elle a envie de maigrir. Alors que je sais maintenant que c'est très important de manger. Et du coup... euh... vu que souvent elle me dit de ne pas manger le matin. Et de la voir manger la moitié d'une pizza après... enfin... tu te préoccupes. Ce qui m'a aidé, c'est surtout le fait que X dise : « oui, des fois, je me regarde souvent... ce que... je compare souvent ce que mes amies mangent ». Alors que moi, par exemple, j'ai envie de manger. Mais je me retiens parce que... euh... les autres ils mangent pas beaucoup. Du coup, c'est ça qui m'a fait avancer. Parce que du coup, ben... comme X peut le penser, ya beaucoup de mes amies qui peuvent le penser. Parce qu'au final, on se dit qu'on est différent. Mais au final, on est un peu les mêmes.

Je suis intéressée par ton avis sur le rôle du programme dans ton comportement, et l'impact que ça a pu avoir sur tes troubles alimentaires. Est-ce que le programme a eu un impact sur ton comportement ?

La... la... la... euh... le petit déjeuner. Avant, je ne faisais jamais, justement. Parce que, des fois, je faisais des crises le soir et je ne vomissais pas. Et du coup, je me suis dit, pour compenser, faut pas que je mange le matin. Et des fois, faut pas que je déjeune non plus. Et enfin... mais petit à petit, j'ai commencé à manger... euh enfin... à boire du thé le matin. Et ensuite, avec les biscuits. Maintenant, j'en mange deux. Et c'est vrai que ça m'a vraiment fait du bien. Alors c'est vrai que j'ai vu une différence radicale. Quand je ne mangeais pas, j'avais des cernes, j'étais toujours fatiguée, j'avais pas de force. Et euh... surtout pendant la première semaine de rentrée, j'ai commencé tous les matins à en faire. Sauf vendredi, parce que vendredi je n'ai pas eu le temps. Du coup, vendredi, j'ai eu deux heures de sport. Arrivée en anglais, oh ! j'étais dans le mal. Vraiment ! Je... je comprenais ce que ça voulait dire de ne pas manger. J'étais hyper fatiguée. Je... j'arrivais pas à tenir les yeux ouverts. Je... je... j'avais envie de dormir. Et dès que j'ai mangé... parce qu'après y'avait la récré. C'est comme si j'étais revenue... enfin... c'est comme si... enfin... ça m'a vraiment changé le point de vue sur le petit déjeuner. Parce que, avant, je ne pensais pas du tout que c'était pour ça.

Est-ce-que ce changement concernant le petit déjeuner a eu une influence sur tes crises de boulimie le soir ?

Euh... pas vraiment. Parce que, souvent, je ne fais pas de crises parce que j'ai faim. Je fais des crises parce que j'ai envie de manger. C'est pas parce que... enfin... si, j'ai envie.

Quelle est l'aspect le plus important du programme pour toi ?

Ben... le fait d'avoir intégré le petit déjeuner. Le fait d'avoir changé de mentalité envers les autres. Enfin... envers la nourriture aussi. Parce que je me dis que c'est ce qui me tient debout. Du coup, euh... ça ne sert à rien qu'on mange pas.

Qu'est-ce qui fonctionnait pour toi dans ce programme ?

C'était l'ensemble. C'était l'ambiance. C'était les exercices à la maison qui m'aidaient à mettre en place les choses et à aller plus à fond. C'était les réflexions qu'on faisait. C'est vraiment l'ensemble.

S'il te plaît, décris moi l'impact que le programme a eu sur toi, de façon plus générale, sur ta vie.

Ben... je vis beaucoup mieux par rapport à avant. Euh... toujours pour dire les mêmes choses. Parce que je mange le matin. Parce que je vois d'un autre œil les personnes. Parce que je me vois aussi d'une façon... enfin... en général. Oui c'est ça !

Comment te vois-tu ? peux-tu m'expliquer ?

Alors ça, c'est un peu compliqué. Parce que, avant, je ne sais pas comment je me voyais en fait. Mais... mais depuis, j'ai eu une embrouille avec... ya eu une histoire avec une de mes meilleure amie et son copain est venu me parler. Et il m'a dit quelque chose qui m'a vraiment marqué. C'était le soir en plus. Il m'a dit : « tu te crois belle. Tout le monde dit que tu es belle, alors que tu es juste grosse ». Du coup c'est ce qui m'a... euh... normalement j'essaie de pas donner de l'importance à ce genre de chose. Mais c'était le soir. J'étais seule dans ma chambre. J'allais presque m'endormir. Mais ça m'a éveillée d'un coup. Et j'ai presque pas dormi de la nuit. Du coup, j'en ai parlé à un de mes meilleurs amis... enfin... il m'a réconforté. Il m'a dit que c'était pas du tout vrai. Mais c'est vrai que ce commentaire, ça m'a un peu changé. Et j'ai peur de... un peu gâcher. Tout ce travail que j'ai fait pour un simple commentaire. C'était pas si simple. Enfin voilà...

Dans le programme, il y avait des jeux de rôle. Te souviens-tu ? comment pourrais-tu t'aider de ces exercices pour affronter cette situation ?

Déjà, je lui ai retourné la chose en lui disant que c'était pas poli, déjà. Enfin... tu dis pas ça à qui que ce soit. Et de deux, je lui ai dit que : « je suis grosse, comme tu dis, mais ça fait que quatre ans que je suis en France et je maîtrise l'orthographe cent fois mieux que toi ». Parce que lui, il écrit vraiment mal... euh... Et du coup, il m'a dit : « tu peux dire ce que tu veux, de toute façon, ça va pas me vexer ». En fait, il avait compris que ça m'avait un peu vexé. Alors que normalement, j'essaie de ne pas montrer aux autres que ce genre de commentaire me vexé.

Qu'est ce que tu pourrais lui dire d'autre à ce garçon, en t'inspirant de ce qu'on a fait lors du programme ?

Je sais pas. Déjà, je n'ai pas extrêmement envie de lui parler.

Lors des séances, nous avons discuté de l'idéal de minceur. Est-ce que c'est ce qui rend heureux ? Avoir une taille mannequin mais à quel prix ? Toutes ces questions. Comment peux-tu alors réagir à cette réflexion, avec toutes les discussions qu'on a eu ?

C'est pas la taille mannequin qui me complexe. Ce genre de commentaire... ça... le dernier que j'avais eu, c'était ya deux ans. Vraiment... euh... et c'était à cause de ça aussi que j'avais commencé un peu à vouloir perdre du poids. Du coup, de l'entendre encore, ça. Ya plus personne ne m'avait dit ça. Au contraire. Et du coup, de l'entendre, ça m'a vraiment complexé. On était amis. Et j'en ai parlé à ma meilleure amie. Et elle a dit qu'il savait que ça allait me faire mal. Il sait pas forcément que c'est mon point faible. Mais en général, chez toutes les personnes, c'est le point faible.

En as-tu parlé sur groupe Messenger avec les filles du programme ?

Non.

Pour quelle raison ?

Ben... parce que j'avais pas très envie de les complexer. Parce que c'est... j'avais pas envie de leur faire du mal parce que j'étais pas bien. Parce que je sais qu'elles se seraient inquiétées. Pour ça, j'avais pas envie de les inquiéter. Justement parce qu'il y avait un qui venait juste de faire son stage. Après y'avait X qui avait rangé sa chambre parce que... elle voulait changer un peu. Du coup, elles... je sais qu'elles étaient... euh... heureuses. Du coup... j'avais pas envie. J'ai pas changé le regard que j'ai sur moi. Mais le fait d'avoir dit : « t'es grosse », après deux ans, ça m'a vraiment complexée. Mais juste pas parce que je le suis ou je le suis pas. Mais juste, entendre cette chose par une autre personne, ça me complexe.

Qu'est-ce qui pourrait t'aider pour te sentir moins complexée ?

Je ne sais pas.

Comment tu pourrais combattre ce genre de remarques en t'aidant de tout ce qu'on a fait lors du programme ?

Ben... je pourrais mettre des post-it. C'était bien ! Après, je sais pas. Je pourrai refaire une rédaction en disant que... je sais pas.

(...)

Tu y penses encore à ce programme à posteriori ?

Oui, mais... enfin... j'ai pas vraiment eu le temps de le concrétiser. J'ai vraiment beaucoup de boulot à faire. Et c'est aussi la raison pourquoi j'ai toujours pas pris de rendez-vous avec le psychologue. Parce que la dernière

fois que je l'ai vu, c'était en juillet quoi. Du coup, ça me manque vraiment beaucoup d'avoir quelque chose de... toutes les semaines. Enfin... quand je parlais avec lui, c'était... ça me faisait du bien. C'était comme avec le groupe. Et du coup, ça fait quand même trop longtemps que je ne l'ai pas vu. Mais je ne peux pas le prendre parce que j'ai vraiment trop de choses à faire. Et je sais pas si je pourrai les faire. Parce que si je ne les fais pas, après je m'oblige à les faire avant de dormir. Et après, si je dors pas, je suis pas bien. Donc c'est un peu un cercle vicieux. Donc j'espère de trouver un petit moment dans la semaine, le mercredi justement.

(...)

Comment pourrait-on améliorer ce programme ? as-tu une idée ?

Je pense qu'il est vraiment très complet comme ça. Mais euh... je pense qu'il est complet comme ça.

(...)

Patiente 4

(...)

Tu as récemment suivi un programme thérapeutique en groupe. S'il te plaît, décris-moi l'expérience de ce groupe. Comment t'es-tu sentie en suivant ce programme ?

Je me sentais bien. Je dirais qu'il m'a fallu un petit peu de temps pour faire ma place dans le groupe. Et puis... enfin... c'était un vrai défi pour moi parce que j'ai... j'ai tendance toujours à vouloir m'occuper des autres. Je dirais, c'est la limite pour les personnes comme moi qui ont plus tendance à vouloir s'occuper des autres. Comment réussir à ne pas se faire déborder par... par les souffrances des uns et des autres et à réussir à faire sa place et... et à parler pour soi. Et donc, c'est ça aussi qui fait que c'était intéressant. Je pense que je me sentais moins coupable. Mais j'arrivais plus à mettre ça vraiment sous le signe d'une maladie. Quoi que... qu'il y avait des choses... c'était comme ça et j'étais pas la seule à ressentir ça.

Qu'est-ce que tu as aimé ou trouvé particulièrement utile?

C'est tous les petits exercices qu'on fait pendant la séance. Les exercices à la maison, ça dépendait. C'était plus une pression. J'arrivais pas à les faire et tout ça.

Qu'est-ce que tu n'as pas aimé ou pas trouvé utile ?

Euh... je crois que c'était un exercice notamment qui m'a... sur le fait qu'il fallait faire des repas sains. Je ne me suis pas du tout retrouvée là-dedans. Et... enfin... c'est pas ce que je recherche, moi. Je recherchais plus une certaine légèreté. Et devoir me remettre dans des choses saines, entre guillemets, je trouvais pas d'intérêt.

C'était le mot « sain » qui était gênant ?

Oui ! parce que moi, c'est pas ça que je veux. C'est juste me faire plaisir.

Je suis intéressée par les raisons qui ont poussé les personnes à être assidues aux sessions, à faire les exercices à domicile. S'il te plaît, explique moi les raisons qui t'ont poussé à continuer le programme ?

Ben... de retrouver les filles. Et puis, ben... de mettre à bout un projet. Enfin ça c'est mon objectif.

Quel projet ?

Ben... de se voir toutes les huit semaines. Ça me tenait à cœur d'aller... d'y aller quoi.

Est-ce que il y avait des raisons qui étaient liées à la thérapie, comme les exercices, aux personnes du groupe, médecins et autres membres compris, au lieu, à un événement de ta vie personnelle, n'importe quoi qui a pu te motiver à venir?

Ah oui ! oui ben... déjà que ce soit Grenoble... ben... c'est plus facile pour moi de venir. Et puis ben...

Pourquoi Grenoble ?

Ben... parce que j'ai eu de meilleurs rapports avec. Et puis ben... le fait que je connaisse le Dr Prost Lehmann, ça donne confiance enfin... Et puis même si vous, à vous, je vous connaissais pas, j'avais quand même envie de vous rencontrer. J'ai eu aussi une bonne impression.

Et si les deux animateurs étaient deux personnes que tu ne connaissais pas, est-ce que ça aurait fait une différence ?

Je dirais que ça dépend de comment s'est passée ma rencontre avec eux.

Je suis intéressée par ton avis sur le rôle du programme dans le changement de tes croyances, ta façon de penser, n'importe quel impact qu'il a pu avoir sur tes difficultés alimentaires. Et-ce que le programme a eu un certain impact sur tes croyances ou ta façon de penser ?

Je dirais que ça les a juste renforcés.

Qu'est ce que ça a renforcé ?

Ben... tout ce que je pensais sur les troubles alimentaires. Enfin pour moi... enfin... je suis consciente des choses. Mais du coup, voilà. Le fait d'avoir pu mettre des mots dessus.

Je suis intéressée par ton avis sur le rôle du programme dans ton comportement et l'impact que ça a pu avoir sur tes troubles alimentaires. Est-ce que le programme a eu un impact sur ton comportement ?

Bah... ça m'a peut-être un peu poussée à changer, à bousculer un peu mes habitudes.

Comme quoi ?

Bah... par exemple à me forcer à faire mes goûters. Des choses comme ça.

Tu arrives à maintenir ces changements ?

(Infirmation avec la tête)

Quand as-tu arrêté à prendre tes goûters ? après le groupe ?

Oui juste après

(...)

Quelle est l'aspect le plus important du programme pour toi ?

Ben... de pouvoir nous accompagner.

Que nous on vous accompagne ?

Ben ouai. Enfin... je dirais d'être accompagnée.

Mais de qui parles-tu ? du Dr Prost-Lehmann et moi ? du groupe ?

Non, du groupe.

Et comment as-tu vécu la fin du programme du coup ?

(silence)

Et là, maintenant que le groupe s'est arrêté, c'est compliqué pour toi ?

Oui.

Qu'est-ce qui est compliqué ?

(silence)

Ca s'est effondré ?

Non, je dirais pas que ça s'est effondré. Mais c'est différent.

Et le groupe de discussion Messenger que vous avez créé ?

Ben du coup... j'arrive pas trop à y aller.

Pour quelle raison ?

Parce que j'ai pas internet la semaine. Et puis, je sais pas. C'est pas pareil.

S'il te plaît, décris moi l'impact que le programme a eu sur toi de façon plus générale, sur ta vie.

Ça m'a ouverte, je pense.

Est-ce que ça a eu un impact sur ton quotidien, ton avis sur les psychothérapies en général ?

Non, rien de particulier.

Comment pourrait-on améliorer ce programme ? as-tu une idée ?

Non, je sais pas.

(...)

Patiente 5

(...)

Tu as récemment suivi un programme thérapeutique en groupe. S'il te plaît, décris-moi l'expérience de ce groupe. Comment t'es-tu sentie en suivant ce programme ? Qu'est-ce que tu as aimé ou trouvé particulièrement utile?

Euh... moi, je l'ai vécu très bien. Euh... j'avais mon rituel le mercredi. J'aimais bien euh... j'aimais bien de quoi on parlait. Euh... parce que voilà, à chaque fois que... ben... je suis chez moi le reste de la semaine. Je suis avec mes pensées et mes idées, mes choses, et du coup bah... je ne peux pas forcément en parler. Mais du coup là, c'était l'occasion en fait à chaque fois. Et après, j'aimais bien voir si les filles... elles avaient vécu les mêmes choses que moi, tout ça. Et du coup ben... je me sentais moins seule. Du coup, c'est vrai que j'aimais bien. Euh... Après au niveau des défis, j'ai pas trop réussi à en faire. Du coup, c'est pas le truc qui a le plus marché on va dire sur moi. Mais euh... après le fait de pouvoir parler de tout ça et tout... et ben...

C'est le fait qu'il n'y en a aucune qui me décourage dans le groupe. Parce qu'y en a une qui aurait pu très bien dire : « ben moi, je suis pas de votre avis. Je trouve que ça c'est pas comme ça. Je trouve que ça c'est comme ça ». Il y a personne qui a dit ça. Du coup bah... je ne pouvais pas ressortir en étant avec des autres idées dans la tête quoi. C'était toujours des idées positives en fait. Ben ça m'a quand même aidée. Et puis euh... et puis euh... ben... j'ai bien aimé.

Qu'est-ce que tu n'as pas aimé ou pas trouvé utile ?

Euh... bah... je sais pas trop. Euh... bah... le fait que par exemple vous disiez quelque chose que... quelqu'un par exemple... tu dis : « bah moi je veux maigrir. Alors, pendant trois jours, je ne vais pas manger ». Tout ça. Des choses comme ça. Enfin moi, c'est pas que je trouvais pas ça utile, mais c'est qu'on allait forcément répondre quelque chose qui va en contraire avec ce qu'il vient de dire, puisqu'on va pas lui dire : « oui ! oui ! c'est très bien ce que tu fais ». Du coup bah... je sais pas que... je trouvais pas ça très utile. Mais bref. C'est pas mon truc préféré. Mais après euh... ben... après sinon... sinon ça allait.

Je suis intéressée par les raisons qui ont poussé les personnes à être assidues aux sessions, à faire les exercices à domicile. S'il te plaît, explique moi les raisons qui t'ont poussé à continuer le programme ?

Euh... ben... c'était pour... comment dire... hum... bah pouvoir montrer ce que j'avais écrit à chaque fois. Parce que j'aime bien écrire. Du coup ben... D'ailleurs, c'est ce que j'ai appris des séances. J'ai refait ça. J'ai écrit et... J'ai écrit la dernière fois, il y a quelques jours, un texte... ben... sur ma maladie. J'aime bien faire ça des fois. Du coup et... et du coup ben... j'aimais bien ça. Pouvoir lire et montrer ce que j'avais écrit. Après revoir les filles. Pouvoir ben... voir comment elles allaient. Tout ça. Et voir comment... comment elles vivent les choses au quotidien. Et euh... pouvoir parler aussi de choses que j'ose pas trop parler avec ma famille. Tout ça. Du coup, de pouvoir le dire et de me rassurer si elles le font aussi... uhm... De aussi... bah... le fait aussi de... je sais pas... je sais pas comment dire... je sais pas si on m'a poussé vraiment. Moi j'aime bien parler. Donc du coup... bah... ça me dérangeait pas, en fait, de parler de ça comme ça.

Je suis intéressée par ton avis sur le rôle du programme dans le changement de tes croyances, ta façon de penser, n'importe quel impact qu'il a pu avoir sur tes difficultés alimentaires. Et-ce que le programme a eu un certain impact sur tes croyances ou ta façon de penser ?

Ben oui ! Mais en fait, je sais pas trop de quelle façon. En fait... euh... parce que je sais pas trop. Euh... je sais pas. Mais c'est vrai que ça m'a quand même bien aidée. Mais je sais pas trop comment dire, de quelle façon... euh... La question c'était quoi ?

(répétition de la question)

Ben non, je ne pense pas. Je ne vois pas ce qui a changé.

Je suis intéressée par ton avis sur le rôle du programme dans ton comportement, et l'impact que ça a pu avoir sur tes troubles alimentaires. Est-ce que le programme a eu un impact sur ton comportement ?

Ben... ben non, pas vraiment. Mais euh... après... je sais pas trop. Mais ben...

Décris moi l'impact que le programme a eu sur toi de façon plus générale, sur ta vie.

Ben... je sais pas trop... euh...

Tu te rappelles ce que les autres filles t'ont dit ? elles t'ont dit au cours d'une séance « tu t'es vachement ouverte » ?

Oui.

Est-ce-que ça n'aurait pas eu un impact sur ça par exemple ?

Ben oui. Si ! Si ! C'est vrai. Je sais pas ce que j'avais pensé. Mais c'est vrai que ça serait peut être ça. Oui, c'est vrai que ça... ça... oui ben... J'arrivais bien à parler. C'est vrai qu'avant... ben... après... parler, c'est différent parce que je vais pas... c'est pas parce que j'ai fait des séances que je vais plus parler à ma famille. Parce que ça c'est... c'est parce que je sais qu'ils vont pas comprendre. Mais euh... c'est vrai que j'arriverai plus à parler avec les autres et à engager la conversation. Euh... ben voilà. Pour faire... euh... moi je suis en passerelle en fait. Ben du coup, je suis avec des enfants qui ont des... comment on appelle ça... des phobies scolaires, tout ça. Moi j'y suis allée parce que j'étais à l'hôpital. Du coup, c'est pas vraiment les mêmes raisons. Mais en tout cas, c'est toujours moi qui vais vers les autres pour essayer de leur parler... euh... leur demander comment ça va. Bon, vu du coup que je suis avec des gens qui ont fait ça... Bah... je les comprends. Du coup, dans un côté... parce que voilà... Des fois... bah... elles... c'est moi qui vais engager la conversation. Mais ils vont s'en foutre un petit peu. Ils vont pas continuer. Du coup bah... voilà. Ça a changé un peu la perception que j'en avais. Parce que je me dis : « c'est pas moi qui m'enferme chez moi ». Et puisque des fois je suis seule à la cantine, je suis seule. Je suis très souvent seule au lycée. Du coup... et... je me dis pas que c'est de ma faute. Parce que j'ai essayé. Je veux dire. Je vais vers les gens, tout ça. Après, c'est vrai qu'ils... voilà... qu'ils reviennent pas vers moi. C'est, du coup... bah... je sais. Je m'en veux pas en me disant : « c'est moi qui vais pas vers les autres là ». Et tout.

Quel impact ça a eu sur ton quotidien ? tes repas ? ta façon de vivre ?

Ben, je sais pas trop... Euh... Je ressens pas de stress particulier. Euh... je veux dire... je me pose quand même moins de questions. Enfin... c'est toujours très relatif. Je sais pas comment dire, parce que je sais ce que... comment ma mère cuisine. Du coup bah... j'ai pas trop à me faire de... d'hésitation. Si elle a mis quelque chose de particulier dedans, c'est toujours ça. Mais euh... mais c'est vrai que ça, c'est encore un problème. Parce que du coup, bah... quand je sais pas trop et que je pense qu'il y a quelque chose dans la nourriture, je vais pas pouvoir le manger. Parce que du coup, je vais pas... ça va trop me stresser en fait. Et du coup, je peux pas dire que je suis pas tranquille comme les autres enfants. Je suis tranquille parce que ma mère cuisine comme moi je le veux en fait. Mais justement, j'aimerais bien pouvoir réussir à manger, sans forcément... ben... penser que... bah... ce repas...

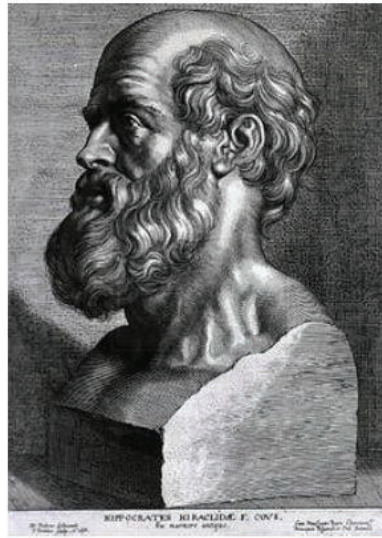
Quelle est l'aspect le plus important du programme pour toi ?

La plus importante... euh... c'était... euh... de vraiment être mis, entre guillemet, contre la maladie. En fait, vraiment, euh... vraiment, faire comme un groupe de « anti-cette maladie » quoi. Vraiment, je sais pas trop comment le dire. En fait, le fait de dire beaucoup d'arguments contre tout ça, le fait de dire tout ce qui est les points négatifs, qui ya beaucoup plus d'ailleurs. Yen a aucun positif en fait. Ben... le fait de relever tout ça, ben... ça montre que... il faut du changement aussi. Toutes les choses qu'on s'oblige à faire en fonction de son corps, ben... ça, j'ai pu les relever. Parce que ça, c'était des choses que je faisais... bah... un peu inconsciemment. Et du coup, je me penchais pas là-dessus. Je me disais pas : « eh oh ! faudrait arrêter de faire ça tout le temps ». En fait, je veux dire, c'était un T.O.C. Ben là, c'est vrai que j'ai réalisé que ça devenait vraiment des T.O.C. en fait. Et que, avant, j'avais pas qualifié de ça, en fait, des trucs. Et du coup, quand j'ai réalisé qu'elles... elles le faisaient aussi... bah... voilà. Et du coup, je me suis dis, ben... il faut vraiment que ça change. Parce que vivre comme ça, en étant adolescente... enfin... c'est pas vraiment normal. Pas du tout même.

Comment pourrait-on améliorer ce programme ? as-tu une idée ?

Uhm... je sais pas trop. Bah... après, je sais pas. Parce que pendant la séance, j'ai vraiment aimé tout. Je veux dire, je vois pas ce qu'on pourrait améliorer. Mais après, que nous, on puisse faire des témoignages. Je sais pas. Quelque part. Après, c'est que se montrer devant tout le monde, sachant qu'on a eu ça, on a encore la maladie et, en fait, parler devant tout le monde... je sais pas... c'est un peu difficile. Par exemple, je sais pas, on s'affiche comme ça. Mais bon, faut pas non plus avoir honte de sa maladie. Donc voilà. Mais voilà. De faire un témoignage sur tout ça, à des enfants qui pourraient être susceptibles d'être influencés. Peut-être... je sais pas. Mais bon, ça n'a rien à voir après mais... j'avais dit « oui » pour donner mes lettres à des patientes qui voulaient rentrer dans le groupe.

(...)



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.