Année 2016 N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Pauline LEMERCIER

Née le 19 décembre 1986 à CHAMBRAY-LES-TOURS (37)

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE EN HOPITAL DE JOUR : ETAT DES LIEUX EN FRANCE ET ATTENTES DES PATIENTS

Présentée et soutenue publiquement le **10 octobre 2016** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury : Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie - Addictologie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Régis HANKARD, Pédiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Marie GRALL-BRONNEC, Psychiatrie, Faculté de Médecine – Nantes

Directeur de thèse : ***Docteur Paul BRUNAULT, Psychiatrie – Tours***

Codirecteur de thèse : ***Docteur Grégoire HUGUET, Psychiatrie – Tours***

FACULTÉ DE MÉDECINE
TOURS

29 septembre 2015

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Professeur Henri MARRET

ASSESSEURS
Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE
Madame Fanny BOBLETER

****

DOYENS HONORAIRES
Professeur Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- *1966-1972*
Professeur André GOUAZÉ - *1972-1994*
Professeur Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*
Professeur Dominique PERROTIN – *2004-2014*

PROFESSEURS EMERITES
Professeur Alain AUTRET
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Philippe BOUGNOUX
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – P. BAGROS – G. BALLON – P.BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – P. RAYNAUD – A. ROBIER – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – J.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
	BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
MM.	BARON Christophe	Immunologie
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
	BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Médecine interne, nutrition
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
	EHRMANN Stephan	Réanimation d'urgence
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
	GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
	HANKARD Régis	Pédiatrie
	HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, gériatrie
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

	LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine interne, gériatrie
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
Mme	MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MM.	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
Mme	MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MM.	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	ODENT Thierry	Chirurgie infantile
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médical, médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
	WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	LEBEAU Jean-Pierre
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale
	ROBERT Jean	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
M.	BAKHOS David	Physiologie
Mme	BERNARD-BRUNET Anne	Cardiologie
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
M.	BOISSINOT Éric	Physiologie
Mme	CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
M.	DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mmes	DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
	GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
MM.	HOARAU Cyrille	Immunologie

	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
	PLANTIER Laurent	Physiologie
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
	TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
Mme	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	IVANES Fabrice	Cardiologie

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

M.	BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	CHARBONNEAU Michel	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	GRANDIN Nathalie	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
MM.	KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
	MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
	RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme	RIO Pascale	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069
M.	SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

REMERCIEMENTS

A l'ensemble de mon jury de thèse :

À Monsieur le Professeur Vincent CAMUS :

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse.

Je vous remercie pour votre enseignement dont j'ai pu bénéficier au cours de mon internat et votre engagement dans son amélioration constante.

Veuillez trouver ici, Monsieur le Professeur, le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Nicolas BALLON :

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury.

Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement, en particulier en addictologie, dont j'ai pu bénéficier tout au long de mon internat.

Veuillez trouver ici, Monsieur le Professeur, le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Régis HANKARD :

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury.

Je vous remercie de m'avoir apporté votre confiance et supervisé avec bienveillance lors de mon stage en psychiatrie de liaison.

Veuillez accepter ici, Monsieur le Professeur, le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

À Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC :

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ma thèse et de m'avoir accueillie avec bienveillance à l'Espace Barbara à Nantes.

Veuillez accepter mes sentiments respectueux et mes sincères remerciements.

Aux Docteurs Paul BRUNAULT et Grégoire HUGUET :

Vous m'avez proposé ce sujet et fait l'honneur de diriger mon travail.

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre bienveillance et la pertinence de vos conseils.

Grégoire, merci de m'avoir apporté ta confiance, ton enseignement théorique et clinique particulièrement riche lors de mon stage en psychiatrie de liaison.

Je suis sincèrement admirative de vos qualités intellectuelles et humaines. Veuillez accepter l'expression de mon profond respect.

MERCI,

Aux équipes de soins que j'ai rencontrées durant mon internat,

À mes parents pour leur amour et leur soutien sans faille,

À mon compagnon pour sa joie de vivre et sa patience incontestable,

À mes amis toujours prêts à me donner des conseils et leur bonne humeur,

À Fabrice.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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 gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne 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.

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.

RESUME

Introduction : Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont des pathologies fréquentes associées à de nombreuses comorbidités somatiques, psychiatriques et responsables d'une forte mortalité. L'hôpital de jour s'impose comme une approche complémentaire aux consultations ambulatoires et à l'hospitalisation temps plein. L'objectif de notre *première étude* était de réaliser un état des lieux quant aux types de soins et à l'organisation des hôpitaux de jour prenant en charge les patients souffrant d'un TCA en France. L'objectif de notre *seconde étude* était d'évaluer, chez des patients suivis en ambulatoire pour un TCA, quels pouvaient être leurs attentes par rapport à une prise en charge en hôpital de jour, en essayant de mieux cerner le profil clinique des patients percevant ces soins comme utiles. Une des spécificités de notre travail était d'inclure tous les types de TCA (anorexie mentale, boulimie nerveuse et hyperphagie boulimique).

Matériel et Méthode : Dans l'*étude n°1*, nous avons évalué l'organisation et les types de soins proposés en hôpital de jour à l'aide d'un questionnaire en 34 items qui a été envoyé par mail à des structures prenant en charge les TCA (identification via l'annuaire AFDAS-TCA et l'association ENFINE). Parmi les 73 structures sollicitées, 45 ont répondu et 32 ont été inclues dans les analyses, dont 15 étaient des hôpitaux de jour spécialisés dans la prise en charge des TCA et 17 étaient des hôpitaux de jour généraux prenant en charge les patients souffrant d'un TCA parmi d'autres troubles psychiatriques. Dans l'*étude n°2*, nous avons inclus 36 patients consultant ou ayant consulté en ambulatoire au CHRU de Tours pour un TCA. Nous avons évalué auprès d'eux les variables suivantes à l'aide d'auto-questionnaires : utilité perçue, attentes vis-à-vis d'une prise en charge en hôpital de jour, caractéristiques sociodémographiques, prise en charge actuelle, anxiété trait (State Trait Anxiety Inventory forme B), alimentation émotionnelle (Emotional Appetite Questionnaire) et impulsivité (UPPS Impulsive Behavior Scale). Nous avons ensuite identifié les variables associées au fait de percevoir l'hôpital de jour comme utile et au type de TCA, et nous avons comparé les attentes des patients avec les soins proposés actuellement dans les structures spécialisées.

Résultats : *Etude n°1 :* les hôpitaux de jour spécialisés s'accordaient sur : la composition de l'équipe, l'évaluation préalable pluridisciplinaire, la coordination avec les autres services, les indications/ contre-indications et certaines modalités de prise en charge. Toutefois, nous avons retrouvé des différences concernant : l'intensité des soins, la mise en place ou non d'un contrat thérapeutique, les types de groupes et les activités thérapeutiques proposées. *Etude n°2 :* 77,8% des patients percevaient l'hôpital de jour comme potentiellement utile. Ces patients étaient significativement plus âgés, avaient un indice de masse corporelle (IMC) plus élevé et avaient un niveau plus faible de recherche de sensations, mais ils ne différaient pas des autres en termes de sexe, d'anxiété trait, d'impulsivité ou d'alimentation émotionnelle.

Discussion : Ce travail a mis en évidence une diversité des pratiques et des soins proposés en hôpital de jour pour les patients souffrant d'un TCA ainsi que leur faible nombre en France, qui contraste avec la perception d'utilité de ce type de soin par les patients (plus de trois quart des patients souffrant d'un TCA percevaient ces soins comme utiles). Ce travail préliminaire a permis d'identifier certaines attentes des patients vis-à-vis des soins proposés en hôpital de jour et de les comparer aux soins existants, ce qui pourra servir de base à des travaux ultérieurs sur cette thématique en considérant une population plus importante.

Mots clefs : hôpital de jour, anorexie mentale, boulimie nerveuse, hyperphagie boulimique, trouble du comportement alimentaire, état des lieux, attente, ambulatoire, intensif, multidisciplinaire.

ABSTRACT

Eating disorders treatments in day hospital program: situation in France and patients expectations

Introduction: Eating disorders are common pathologies often associated with somatic and psychiatric comorbidities, and often responsible for a high fatality rate. Day hospital program comes as a complementary approach to ambulatory care and full time hospitalization procedures. The goal of our *first study* was to primary set up a study field concerning the different types of procedures and the day hospital treatment organization taking care of patients suffering from eating disorders. The goal of our *second study* was to evaluate what patients under ambulatory care for eating disorders, are entitled to expect and what are their needs regarding day hospital treatment procedures, whilst trying to set up a clinic profile of the ones seeing those procedures as providing help and relief. One of our study specificities was to consider all the cases of eating disorders (anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder).

Material and method: In *Study 1*, we've managed to evaluate the organization and the types of procedures offered in day hospital treatment through a 34 points questionary, which had been sent via mail to different structures taking care of eating disorders (which were identified through AFDAS-TCA and ENFINE association. Among the 73 structures which were solicited, 45 replied and 32 were included in the analyses (15 of those were day hospitals treatment specialized in taking care of eating disorders, and 17 were day hospitals treatment treating patients suffering from eating disorders among other psychiatric disorders). In *Study 2*, we have focused on 36 patients consulting or having at least once consulted for ambulatory care at Tours CHRU concerning an eating disorder. We have evaluated with them through an auto-questionary the following variables: perceived utility, expectations and needs regarding day care procedures, sociodemographic caracteristics, and current state of care, State Trait form B Anxiety, Emotional Appetite Questionary, and UPPS Impulsive Behaviour Scale. Then, we've identified the variables associated to the perception of day hospital program procedures as useful approach to different types of eating disorders, and we've compared the patients expectations to the procedures currently proposed within specialized units.

Results: *Study1:* Day hospitals treatment specialized are getting along regarding: how the crew in charge should be composed, the multidisciplinary pre evaluation, the importance of coordination between different units, indication/contraindication as well as specific procedures modalities. However, we've managed to identify some differences concerning: procedures intensities, the setup of an eventual therapeutic contract, group specificities and the proposed therapeutic activities. *Study 2:* 77,8% of the patients consider day hospitals treatment as potentially useful. These patients are significantly older, present a higher BMI and a lower level of feeling research, but however have similarities regarding sex, Anxiety Trait, impulsivity or emotional alimentation.

Discussion: This study has managed to reveal a diversity concerning the procedures and the different types of proposed treatments within day hospitals treatment regarding patients suffering from eating disorders. However the establishments proposing those treatments are of a limited number in France, which contrasts with the perceptions of this type of treatment as useful by the patients (more than 75% of patients suffering from eating disorders consider these procedures as useful).
This preliminary work has managed to identify these patients 'certain needs and expectations regarding day care procedures, and to compare them with existing treatments proposed, which could be used as a base concerning a larger population on this theme.

Keywords : Day hospital, anorexia nervosa, bulamia, binge eating disorder, eating disorder, inventory, expectations, ambulatory, intensive, multidisciplinary.

TABLE DES MATIERES

RESUME **10**

PARTIE I - INTRODUCTION GENERALE **14**

I. LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE **14**

A. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES 14

B. CRITERES DIAGNOSTIQUES 15

C. COMORBIDITES SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES 17
1. *Comorbidités somatiques* 17
2. *Comorbidités psychiatriques* 18

D. EVOLUTION 20
1. *Guérison, évolution vers la chronicité* 20
2. *Mortalité* 21
3. *Facteurs pronostics* 21

E. MODELES DE COMPREHENSION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE 22

II. PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE EN FRANCE. 24

A. LES DIFFERENTS ASPECTS DE LA PRISE EN CHARGE 24

B. UNE OFFRE DE SOIN INCOMPLETE EN FRANCE 26
1. *Les prises en charge majoritairement proposées en France* 26
2. *Les limites de ces prises en charge* 28

C. UNE APPROCHE COMPLEMENTAIRE : L'HOPITAL DE JOUR 32
1. *Etat des lieux des hôpitaux de jour ayant publié dans le monde* 32
2. *Impact de la prise en charge en hôpital de jour* 35

PARTIE II - ETAT DES LIEUX DES HOPITAUX DE JOUR PRENANT EN CHARGE LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE EN FRANCE ET ATTENTES DES PATIENTS **38**

I. INTRODUCTION **38**

A. CONTEXTE DE L'ETUDE 38
B. OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE L'ETUDE 39

II. ETUDE N° 1 - ETAT DES LIEUX DES HOPITAUX DE JOUR PRENANT EN CHARGE LES PATIENTS SOUFFRANT D'UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE EN FRANCE . 41

A. MATERIEL ET METHODE 41
1. *Population de l'étude et procédure* 41
2. *Mesures* 41
3. *Analyses statistiques* 42

B. RESULTATS 42
1. *Diagramme de flux* 42
2. *Caractéristiques de la population prise en charge en hôpital de jour* 43
3. *Caractéristiques des hôpitaux de jour prenant en charge les patients souffrant d'un trouble du comportement alimentaire* 44

III. ETUDE N°2 - EVALUATION DES ATTENTES DES PATIENTS VIS-A-VIS DES HOPITAUX DE JOUR 49

A. MATERIEL ET METHODE 49
1. *Population de l'étude et procédure* 49
2. *Mesures* 50
3. *Analyses statistiques* 52
4. *Considérations éthiques* 52

B. RESULTATS 53
1. *Population inclue* 53
2. *Caractéristiques descriptives de la population de l'étude* 53
3. *Attentes de la population de l'étude concernant l'hôpital de jour* 56
4. *Soins actuellement proposés en hôpital de jour spécialisé vs. attentes de la population de l'étude* 59

IV. DISCUSSION 60

A. INTERPRETATION DES RESULTATS 60
1. *Etude 1* 60
2. *Étude 2* 64

B. PERSPECTIVES 67
1. *Développement des hôpitaux de jour* 67
2. *Proposition de recommandations pour le développement d'un hôpital de jour spécialisé en région Centre Val de Loire* 68
3. *Limites de notre étude* 72

V. CONCLUSION 74

ANNEXES 75

BIBLIOGRAPHIE 97

PARTIE I - INTRODUCTION GENERALE

I. Les troubles du comportement alimentaire

A. Données épidémiologiques

Les conduites alimentaires humaines sont très variables d'un sujet à l'autre et évoluent en fonction des cultures, des pays et des époques, dans la mesure où l'alimentation est en lien avec des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Dans les pays occidentaux, les troubles du comportement alimentaire (TCA) débutent souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et leur prévalence est en constante augmentation dans les populations plus âgées. Seulement 40% des patients souffrant d'un TCA auraient recours aux soins du fait d'un déni de la pathologie, d'une faible motivation au changement, d'un sentiment de honte, de culpabilité mais également de difficulté d'accessibilité aux systèmes de soins (1–3).

L'INSEE suggère, dans une revue de littérature récente, qu'en France, un million de sujets souffrent ou ont souffert d'un TCA, parmi lesquels 600 000 jeunes. Néanmoins, aucune étude épidémiologique de grande envergure n'a été réalisée en France, ce qui fait défaut pour l'évaluation des besoins sanitaires dans ce domaine. A partir des études épidémiologiques Européennes et Américaines réalisées, les prévalences vie entière de l'anorexie mentale (AN), de la boulimie nerveuse (BN) et de l'hyperphagie boulimique (BED) sont estimées respectivement de 0,9 %, 1,5 %, 3,5 % en population générale féminine et de 0,3%, 0,5% et 2,0% chez les hommes (4–6). La prédominance féminine est nette pour l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse : huit ou neuf cas sur dix (4) (même si des études plus récentes ont tempéré ces résultats (3,7)); en revanche, elle l'est moins pour l'hyperphagie boulimique : le sex-ratio est de six sur dix. Les formes sub-syndromiques, souvent exclues par les études épidémiologiques, seraient quant à elles 5 à 10 fois plus fréquentes (8). Ces TCA atténués sont soit des formes débutantes, en voie de guérison, ou évoluant sur un mode mineur. Si elles n'atteignent pas l'intensité symptomatique des formes avérées, ces formes cliniques n'en ont pas moins des conséquences sévères sur le plan physique, psychologique et social (9).

B. Critères diagnostiques

Nous nous appuierons principalement sur les définitions du DSM-5 (10) dont les critères diagnostiques sont les plus utilisés au sein des études. Cette classification différencie trois principaux TCA : l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique.

- **L'anorexie mentale** est le premier TCA à avoir été défini comme une entité clinique propre grâce aux définitions de LASEGUE en France en 1873 et de GULL en Angleterre en 1874. Il s'agit d'un TCA restrictif se caractérisant par un poids significativement bas, une angoisse intense de grossir perdurant malgré la perte de poids et une dysmorphophobie. Le contrôle du poids est central dans l'estime de soi des patients souffrant d'anorexie mentale.

Critères diagnostiques de l'anorexie mentale selon le DSM-5
A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique.
B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportements persistants interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuel.
Spécifier le type : - **type restrictif :** pendant les 3 derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs. - **type accès hyperphagiques/purgatifs :** pendant les 3 derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de gloutonnerie et/ou recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs.
Spécifier la sévérité actuelle : - **légère :** IMC> 17kg/m^2 - **modérée :** IMC 16 – 16,99kg/m^2 - **grave :** IMC 15 – 15,99kg/m^2 - **extrême :** IMC < 15 kg/m^2

- **La boulimie nerveuse :** les critères diagnostiques de la boulimie nerveuse ont été décrits pour la première fois par RUSSEL en 1979 et repris dans la troisième édition du DSM en 1980. Ce TCA associe des accès hyperphagiques (= crises de boulimie) à des comportements compensatoires inappropriés permettant le maintien d'un poids normal.

Critères diagnostiques de la boulimie nerveuse selon le DSM-5
A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques. Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes : 1. Absorption, en une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberait en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances. 2. Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger, ou de ne pas pouvoir contrôler la nature ou la quantité des aliments consommés).
B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrent visant à prévenir la prise de poids, tel que les vomissements prolongés ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeune ; exercice physique excessif.
C. Les accès hyperphagiques et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous les deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.
D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.
Spécifier la sévérité actuelle : **Légère :** Une moyenne de 1-3 épisodes de comportements inappropriés par semaine. **Moyenne :** Une moyenne de 4-7 épisodes de comportements inappropriés par semaine. **Grave :** Une moyenne de 8-13 épisodes de comportements inappropriés par semaine. **Extrême :** Une moyenne d'au moins 14 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

- **L'hyperphagie boulimique** : reconnue pour la première fois par STUNKARD en 1959 dans un sous ensemble de personnes obèses (11), ces critères diagnostiques ont été proposés par SPITZER en 1992 (12). Ce TCA est apparu dans le DSM-IV-TR en tant que TCA non spécifié (= EDNOS) nommé *binge eating disorder*, traduit en Français par « hyperphagie boulimique ». Il est considéré comme une entité clinique propre depuis 2013 avec la parution du DSM-5 dans lequel il a été traduit en Français par le terme « trouble accès hyperphagique ». Dans notre travail nous utiliserons les termes de *binge eating disorder* et d'hyperphagie boulimique de manière interchangeable.

Critères diagnostiques de l'hyperphagie boulimique selon le DSM-5
A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques. Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes : 1. Absorption, en une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberait en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances. 2. Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger, ou de ne pas pouvoir contrôler la nature ou la quantité des aliments consommés).
B. Les accès hyperphagiques sont associés à au moins trois des caractéristiques suivantes : 1. Manger beaucoup plus rapidement que la normale. 2. Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale. 3. Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim. 4. Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe. 5. Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.
C. Les accès hyperphagiques entrainent une détresse marquée.
D. Les accès hyperphagiques surviennent en moyenne au moins une fois par semaine durant trois mois.
E. Les accès hyperphagiques ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie et ne surviennent pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.
Spécifier la sévérité actuelle : **Léger :** 1-3 accès hyperphagiques par semaine. **Moyen:** 4-7 accès hyperphagiques par semaine. **Grave :** 8-13 accès hyperphagiques par semaine. **Extrême :** >14 accès hyperphagiques par semaine.

C. Comorbidités somatiques et psychiatriques

1. Comorbidités somatiques

Une des caractéristiques des TCA, à l'instar des autres troubles mentaux, est le développement de comorbidités somatiques souvent à l'origine de la première consultation médicale. De la restriction alimentaire et des comportements purgatifs découlent de nombreuses complications médicales qui peuvent toucher tous les organes et mettre en jeu le pronostic vital (13,14), (cf. **Tableau 1**).

Tableau 1 – Comorbidités/complications somatiques liées aux comportements restrictifs et aux conduites de purges

Symptômes / Complications	Restriction alimentaire	Comportements purgatifs
Cardio vasculaires et pulmonaires	- Bradycardie / Tension artérielle basse - Trouble du rythme, trouble de la conduction - Diminution de la masse ventriculaire - Myocardite/péricardite de dénutrition - Prolapsus de la valve mitrale	- Palpitation - Bradycardie - arythmie - cardiomyopathie iatrogène
Digestives	- Constipation, fausse diarrhée - Digestion difficile, sensation de ballonnement - Pancréatite rare	- Hypertrophie parotidienne - Douleurs pharyngées, érythème ou ulcérations du pharynx, œsophagite, gastrite, douleurs abdominales, reflux gastro- œsophagien, ulcère œsophagien - Syndrome de Mallory-Weiss, achalasie, rupture œsophagienne avec médiastinite, diarrhée, constipation - Paralysie du côlon, mélanose
Neurologiques musculaires	- Episode confusionnel - Crises convulsives rares - Troubles cognitifs avec altération des capacités de concentration et de mémorisation - Neuropathie carencielle, atteinte tronculaire mécanique - Atrophie musculaire	
Urologiques néphrologiques	- Diabète insipide - Insuffisance rénale fonctionnelle - Néphropathie d'origine métabolique	- Insuffisance rénale
Dermatologique	- Lanugo - Fragilité des ongles et des cheveux - Xérose cutanée	- Callosités sur le dos des mains
Dentaires, osseux	- Retard de croissance - Décalcification dentaire sur carence en fluor, calcium, vitamine D - Ostéopénie, ostéoporose, fracture	- Caries dentaires, érosion de l'émail - Déchaussement dentaire
Gynécologiques, obstétricales et hormonales	- Retard pubertaire - Aménorrhée - Diminution de la fertilité - Syndrome des ovaires polykystiques	
Hydro-électrolytiques Métaboliques	- Dysnatrémie, dyskaliémie - Hypophosphorémie - Hypomagnésémie - Carence en vitamine, zinc et cuivre. - Œdème de carence	- Dysnatrémie, dyskaliémie - Hypophosphorémie/hypomagnésémie - Carence en Zinc et en Cuivre - Alcalose métabolique - Insuffisance rénale fonctionnelle

Les accès hyperphagiques sont également à l'origine de comorbidités somatiques. La comorbidité la plus étudiée est l'obésité en particulier dans l'hyperphagie boulimique, d'où découle de nombreuses complications médicales associées à une diminution de l'espérance de vie. Toutefois, les travaux actuels ne permettent pas d'affirmer que l'existence d'une hyperphagie boulimique conduise *systématiquement* à une obésité ou un surpoids (15).

Certaines études se sont intéressées à l'impact des accès hyperphagiques seuls. Ces études ont suggéré une association entre accès hyperphagiques et des composants du syndrome métabolique (diabète de type 2, dyslipidémie, hypertension artérielle) (16–21), ainsi que l'affection d'autres systèmes organiques tel que le système gastro-intestinal (22) l'axe hypothalamo-hypophysaire (23) ou encore le système cardio-vasculaire (24,25).

2. Comorbidités psychiatriques

Les comorbidités psychiatriques des TCA sont étayées par une abondante littérature qui présente au demeurant de nombreuses limites méthodologiques liées à l'hétérogénéité des échantillons, la disparité des critères diagnostiques , la variabilité des modalités d'évaluation ou encore de l'insuffisante prise en compte de l'état nutritionnel (26,27). De cette littérature ressort néanmoins une forte comorbidité des TCA avec les troubles de l'humeur, anxieux, addictifs et de personnalité qui va venir grever le pronostic du TCA.

a. Troubles de l'humeur

La prévalence des troubles de l'humeur est significativement plus élevée chez les patients souffrant d'un TCA qu'en population générale. Une étude menée en 2015, par GODART et al. (28), retrouvait une prévalence d'au moins un trouble de l'humeur estimée respectivement à 76,4% et 85,5% chez les patients souffrant d'anorexie mentale de type restrictive et de type accès hyperphagiques/purgatifs. Pour la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique, la prévalence d'au moins un trouble de l'humeur était estimée à 82,2% et de 89,5%. L'épisode dépressif majeur était selon cette revue de littérature le plus fréquemment retrouvé chez les patients souffrant d'un TCA.

b. Troubles anxieux

Selon une revue de littérature réalisée en 2005 par GODART et al. (29), la prévalence d'au moins un trouble anxieux variait selon les études de 33 à 72% pour les sujets souffrant d'anorexie mentale, de 41% à 75% pour les sujets souffrant de boulimie nerveuse et était estimée à 65% chez les sujets souffrant d'hyperphagie boulimique dans l'étude menée par HUDSON et al. (7). Les troubles anxieux les plus fréquemment retrouvés chez les patients souffrant d'anorexie mentale étaient les troubles obsessionnels compulsifs et la phobie sociale (30). Chez les patients présentant des accès hyperphagiques la phobie sociale et le trouble anxieux généralisé étaient les plus fréquents (30). Si la prévalence des troubles anxieux est plus élevée chez les patients souffrant de TCA dans des études transversales, une des limites de ces études est l'absence de groupe témoin.

c. Troubles liés à une substance et troubles addictifs

La prévalence d'abus/de dépendance à une substance est particulièrement élevée chez les sujets souffrant d'un TCA, avec néanmoins des différences selon le type de trouble. Les revues de littératures publiées à ce sujet objectivaient une prévalence vie entière d'abus/dépendance à une substance (alcool et autre substance psychoactive) variant de 8 à 43% (31). Cette association était plus marquée dans la boulimie nerveuse, l'anorexie mentale de type accès hyperphagiques/purgatifs et l'hyperphagie boulimique comme l'ont démontré deux méta-analyses parues en 2007 et 2009 (32,33).

La consommation de tabac est également significativement plus répandue chez les patients souffrant d'un TCA que chez les groupes témoins, notamment dans la boulimie nerveuse (34). La prévalence estimée de tabagisme chez les patients tout TCA confondus est d'environ 50% (34,35).

d. Troubles de personnalité

Actuellement, toutes études confondues, il est considéré qu'environ la moitié des personnes souffrant d'un TCA est concernée par un trouble de personnalité, qui le plus souvent vient compliquer la prise en charge. La recherche suggère par ailleurs des associations préférentielles de trouble de personnalité en fonction des sous types de TCA (36,37) :

- les troubles de personnalité les plus fréquemment associés à *l'anorexie mentale restrictive*, sont ceux du groupe C du DSM à savoir : la personnalité obsessionnelle-compulsive, qui serait présente en moyenne chez 20% de ces patients; la personnalité évitante et à moindre degré la personnalité dépendante;
- pour les patients présentant un TCA avec *accès hyperphagiques/conduites de purge*, les troubles de personnalité prédominant sont ceux du groupe B (borderline, histrionique) et C (évitant, dépendant). Le trouble de personnalité borderline étant le plus comorbide, présent en moyenne chez un quart des patients souffrant de boulimie nerveuse ou d'anorexie mentale de type accès hyperphagiques/purgatifs;
- enfin, dans *l'hyperphagie boulimique*, les troubles de personnalité prépondérants sont les troubles de personnalité borderline, évitante et obsessionnelle-compulsive (15).

De part l'ensemble des complications médicales et des comorbidités psychiatriques, nous pouvons percevoir l'impact des TCA sur la personne pouvant aller jusqu'à engager le pronostic vital. Ces pathologies, dont l'évolution est souvent longue, vont également impacter la qualité de vie physique, psychologique et sociale des patients.

D. Evolution

1. Guérison, évolution vers la chronicité

L'évolution des TCA est variable d'un individu à un autre, s'étendant sur un laps de temps rarement inférieur à 4 ans. Celle-ci est marquée par la fluctuation de la symptomatologie alimentaire et émaillée par l'apparition de comorbidités psychiatriques et de complications médicales intercurrentes. L'anorexie mentale est le trouble ayant le plus mauvais pronostic avec un peu moins de 40% de guérison, moins de 40% d'amélioration et 25% d'évolution vers une forme chronique (38). L'évolution de la boulimie nerveuse est quant à elle plus favorable avec un taux de rémission estimé par les études à 50% à 5 ans et pourrait aller jusqu'à 70% à 10 ans (2,39), cependant le taux d'évolution vers la chronicité reste élevé, estimé à 23% (40). L'évolution de l'hyperphagie boulimique est quant à elle moins connue.

2. Mortalité

Les TCA sont avec les abus de substances et la schizophrénie, parmi les troubles psychiatriques les plus pourvoyeurs de mortalité. Ils représentent la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans. La dernière étude menée à ce sujet en Allemagne en 2016 (41), retrouvait un ratio standardisé de mortalité (SMR) de 5,35 pour l'anorexie mentale soit 5 fois plus haut que celui de la population générale. Les SMR de la boulimie nerveuse (1,49) et de l'hyperphagie boulimique (1,50) étaient moins élevés que celui de l'anorexie mentale. Cette forte mortalité des TCA est en partie expliquée par les complications somatiques mais également par une surmortalité liée au suicide qui constitue la deuxième cause de décès dans les TCA (42), soit 1/3 des décès (43). Le suicide abouti surviendrait chez 2,5 à 5% des patients souffrant d'anorexie mentale et 0,1% chez les patients souffrant de boulimie nerveuse (42). Le taux de suicide pour la boulimie nerveuse a été remis en cause par CROW en 2009 (44), retrouvant des taux similaires de décès par suicide dans l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse. La mortalité augmente avec la durée d'évolution du TCA et semblerait moins élevée en cas de prise en charge précoce (38).

3. Facteurs pronostics

Les études de devenir n'identifient que peu de facteurs pronostics de l'évolution de ces troubles. Dans le cadre de l'anorexie mentale, quelques facteurs sont mis en avant comme potentiels facteurs de pronostic négatif. Il s'agit :

- d'une longue évolution de la maladie avant l'accès aux soins;
- d'une longue durée de traitement ou la nécessité de recours à une hospitalisation.

Pour la boulimie nerveuse, les patients présentant des comorbidités psychiatriques ainsi que la sévérité des symptômes sont des facteurs pronostiques négatifs chez ces patients (45). Enfin, la prise en charge en hospitalisation complète et la ré-hospitalisation dans ces deux troubles sont également deux facteurs pronostiques négatifs (45,46).

L'évolution des TCA varie d'un individu à un autre, souvent sur plusieurs années, la morbi-mortalité est importante et le suicide parmi les causes de décès principales. Actuellement, les arguments manquent pour établir un pronostic lors du début d'une prise en charge, devant intervenir le plus précocement possible et de manière adaptée afin de prévenir les conséquences potentiellement sévères de ces troubles.

La nature des difficultés psychopathologiques sous-jacentes au TCA constitue sans doute un des aspects centraux de cette évolution et de la prise en charge de ces troubles.

E. Modèles de compréhension des troubles du comportement alimentaire

Les TCA ont fait l'objet de nombreux modèles de compréhension évoluant au gré des recherches et des données de littérature. Ainsi, ont été développés dans un premier temps des modèles étiopathogéniques dits « partiels », comme le modèle génétique, neurobiologique, psychanalytique, comportemental et cognitif, ou encore addictif. Si ces modèles ne constituent pas un mode de compréhension générale univoque des troubles, ni ne sauraient décrire toute la diversité des situations cliniques rencontrées, ils permettent de mieux cerner une réalité clinique selon un point de vue donné. Au fil des années, ont émergé les modèles multidimensionnels dits « intégratifs » ou « biopsychosociaux » qui réalisent une synthèse des précédents modèles. Ces modèles sont ceux actuellement utilisés dans les soins. Un article de GORWOOD et al. publié en 2016 (47) propose d'ailleurs de mettre en lumière plusieurs modèles selon un axe intégratif de l'anorexie mentale. Selon les données de la littérature, le modèle intégratif prend en compte différents facteurs dans le développement des TCA :

- ***Les facteurs prédisposants :***
  - *facteurs individuels* : biologiques (terrain de vulnérabilités génétiques et/ou neurobiologiques), psychologiques (antécédent personnel de trouble anxieux ou de l'humeur, exposition précoce au stress, perturbation du développement personnel, trait de personnalité tel que perfectionnisme – rigidité psychique (48,49), intolérance aux émotions négatives, perturbation des schémas cognitifs (50), faible estime de soi, impulsivité) ;
  - *facteurs familiaux* : antécédents familiaux de TCA, perturbation précoce des interactions familiales, comportements alimentaires familiaux inadaptés avec par exemple un intérêt prononcé pour les régimes ou la silhouette corporelle, environnement familial peu favorable aux émotions négatives et encourageant les émotions positives, conflits familiaux ;
  - *facteurs socioculturels* : idéal de minceur dans la société, classe sociale et niveau d'éducation.

- ***Les facteurs pérennisants,*** nous pourrions citer :
    - les *renforcements externes* tel que l'approbation précoce de la famille autour de la perte de poids ou *internes* comme la frustration – les pensées obsédantes, décrits par le modèle cognitivo-comportemental (50) ;
    - le développement de *mécanismes neurobiologiques* communs aux addictions, comme la dysrégulation dopaminergique et opioïde (51,52) qui vont maintenir le comportement. Une étude menée à ce sujet par le Pr. GORWOOD et son équipe en 2016 (53) suggérait d'ailleurs que le comportement de restriction active le système de récompense chez les patients souffrant d'anorexie mentale même si la récompense n'est pas immédiate ;
    - le *potentiel addictif d'aliments* (riches en sucre, en graisse ou en sel) ayant amené certains auteurs à proposer le concept d'addiction à l'alimentation = *food addiction (54,55)*. Ces travaux ont mené à la validation de l'échelle d'addiction à l'alimentation *Yale Food Addiction Scale* en version DSM-IV-TR (56,57) et en version DSM-5 (YFAS 2.0) (57,58).

- ***Les facteurs déclenchants*** qui peuvent venir précipiter le développement de TCA. Nous pouvons citer des facteurs de stress physiques : puberté, traumatisme, infections, abus sexuel, etc. et les facteurs de stress psychiques incluant par exemple un épuisement physique ou intellectuel ou des régimes répétés.

Dans ce modèle intégratif, la survenue et la progression du TCA pourraient donc être expliquées par l'accumulation de facteurs de risques (prédisposant, déclenchant, pérennisant) survenant à différents moment de la vie mais également par des modifications épigénétiques (à travers une interaction gène – environnement) et même par l'augmentation de la perméabilité intestinale (47).

Mieux connaître l'éthiopathogénie des TCA permet à la fois de développer la prévention de ces troubles et d'autre part d'améliorer les stratégies thérapeutiques existantes. Ce modèle intégratif nous rappelle que pour espérer être efficace lors de la prise en charge des patients souffrant d'un TCA, il faut non seulement prendre en compte les facteurs à l'origine du trouble mais aussi ses conséquences et ses comorbidités, qu'elles soient médicales (dénutrition, obésité, etc.), psychiatriques (trouble anxieux, crise suicidaire, etc.) ou sociales (désinsertion, etc.), incitant à la mise en place d'une stratégie thérapeutique intégrative associant des axes médicaux, psychothérapeutiques, pharmacologiques et sociaux.

II. Prise en charge des troubles du comportement alimentaire en France

A. Les différents aspects de la prise en charge

La prise en charge des patients souffrant d'un TCA nécessite une approche pluridisciplinaire (13,59,60) associant :

- ***une prise en charge psychiatrique*** dont l'objectif est d'évaluer et de prendre en charge : la symptomatologie alimentaire, les comorbidités psychiatriques et le potentiel suicidaire. Le psychiatre/addictologue a également pour rôle d'indiquer le moment opportun pour la mise en place d'une psychothérapie et de prescrire un traitement psychotrope si besoin est. Actuellement, la mise en place de psychotropes dans l'anorexie mentale est limitée à la prise en charge des comorbidités psychiatriques. Pour la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique, l'introduction d'un traitement antidépresseur de type inhibiteur de la recapture de la sérotonine peut aider à la réduction de la fréquence des conduites hyperphagiques (59,60). Par ailleurs les traitements anticonvulsivants (ex. TOPIRAMATE) auraient une efficacité à la fois sur la fréquence des accès hyperphagiques, la perte de poids, les symptômes obsessionnels compulsifs et l'impulsivité (61) dans l'hyperphagie boulimique. Dans tous les cas les psychotropes ne doivent jamais être prescrits isolément et ne peuvent prendre sens qu'au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire ;

- ***une prise en charge somatique*** : en parallèle des aspects psychiatriques vont se développer de nombreux signes cliniques et biologiques. Le médecin en charge de l'aspect somatique aura pour rôle d'évaluer, prendre en charge et surveiller l'état clinique, paraclinique du patient afin d'éliminer un diagnostic différentiel, de prévenir et limiter le développement de complications médicales ;

- ***une prise en charge nutritionnelle*** dont l'évaluation permet de déterminer les apports énergétiques totaux, la répartition énergétique journalière, le bilan hydrique, le métabolisme de base des patients et leurs habitudes alimentaires ainsi que celles de la famille (13). C'est pour l'anorexie mentale qu'elle est la plus décrite : renutrition progressive, à privilégier par voie orale, mise en place d'un objectif de poids,

surveillance. D'autres modalités d'interventions pourront être développées tels que les groupes de psychoéducation - d'information, les planifications de repas, les repas thérapeutiques, etc. Une revue de littérature publiée en 2010 (62), évoque le rôle important de la prise en charge nutritionnelle dans l'élaboration des outils thérapeutiques nutritionnels et la supervision des différents intervenants afin de limiter le développement de croyances erronées autour de l'alimentation ;

- ***une prise en charge psychothérapeutique***, les objectifs de cette intervention sont multiples : renforcement de l'alliance thérapeutique, travail sur la compréhension du TCA, abord des comorbidités psychiatriques, du fonctionnement social et interpersonnel, de la prévention des rechutes et de l'ambivalence face aux soins et aux changements. Le choix du type de psychothérapie dépend de la préférence du patient, de sa motivation, de l'évolution du TCA, de la nature des caractéristiques psychologiques. La psychothérapie peut se décliner selon plusieurs modes : individuelle ou de groupe. Dans le cadre de l'anorexie mentale il est difficile de s'appuyer sur les données actuelles pour recommander un type de psychothérapie (63). Pour la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique les recommandations internationales (59,60), la revue de littérature de la collaboration Cochrane (64) ainsi que de nombreux articles (65–70) préconisent en première intention la thérapie cognitivo-comportementale ;

- ***une prise en charge familiale,*** dont les objectifs sont : d'aider à se décentrer des symptômes alimentaires, d'assouplir les modalités de communication, de faciliter la restauration d'une identité propre et de limites plus satisfaisantes à chaque membre de la famille et enfin de renforcer les compétences parentales. La thérapie familiale qu'elle soit d'orientation systémique, psychanalytique ou comportementale, représente une des modalités psychothérapeutiques qui a fait la preuve de son efficacité dans les TCA (71,72), en particulier dans l'anorexie mentale. Parmi les autres types d'approches familiales, nous pourrions citer les groupes multifamiliaux de parole, d'information ou de psychoéducation, destinés aux parents de patient souffrant de TCA qui ont pour objectifs de favoriser les échanges entre les familles, à l'intérieur de chaque famille ou encore d'informer sur les TCA.

D'autres types de prises en charge ne sont pas cités ci-dessus, ainsi divers autres soignants seront amenés à intervenir (kinésithérapeute, psychomotricien, ergothérapeute, arthérapeute etc.) Face à ce panel d'intervenants il est important de maintenir la cohérence et la continuité des soins qui garantiront l'efficacité du projet thérapeutique. De ce fait, la détermination d'un soignant référent est indispensable afin de coordonner le rythme des soins en fonction des éléments apportés par chacun des intervenants.

Enfin, la construction et le maintien d'une alliance thérapeutique entre le patient, la famille et l'équipe de soin est un élément clef dans la prise en charge afin de permettre un investissement dans la durée.

B. Une offre de soin incomplète en France

1. Les prises en charge majoritairement proposées en France

a. Le suivi en consultation ambulatoire

Les recommandations actuelles placent le suivi ambulatoire en consultation en première ligne de la prise en charge des TCA (13,59,60). Les indications du suivi ambulatoire sont multiples :

- il peut s'agir d'un temps de préparation à une hospitalisation chez des patients pour lesquels l'indication a été posée, mais présentant des résistances importantes les poussant à refuser ou à différer des soins plus intensifs ;
- elles peuvent faire suite à une hospitalisation, elles auront alors pour objectifs de consolider les changements acquis et de travailler les aspects n'ayant pu être suffisamment traités en hospitalisation ;
- enfin, l'indication d'un suivi ambulatoire exclusif peut être posé lorsque l'état clinique du patient le permet.

Les premières consultations doivent permettre à la fois d'évaluer les symptômes alimentaires, l'état somatique, psychique, nutritionnel, social et familial du patient et les critères de gravité (idées suicidaires, dénutrition sévère, etc.). Ces consultations ont également un but d'information du patient et de sa famille autour du TCA. Tout au long du suivi elles encadreront la prise de poids, les comportements alimentaires, en fixant des objectifs thérapeutiques. La fréquence des consultations sera à adapter en fonction de l'évolution du patient et de son TCA de même que les modalités de prise en charge. Dans l'anorexie mentale

par exemple, un contrat de poids stipulant un poids en dessous duquel une hospitalisation sera décidée est généralement mis en place.

L'élément majeur à prendre en compte en consultation ambulatoire est la compatibilité de l'état clinique du patient avec ce suivi impliquant l'absence de risque vital.

b. L'hospitalisation à temps plein

L'hospitalisation à temps plein des patients les plus gravement atteints était préconisée dès 1860 (73). Il n'existait pas de prise en charge codifiée mais le plus souvent une renutrition était associée à des mesures de séparation du milieu familial et à un cadre contraignant corrélé à la prise de poids. Aujourd'hui, l'hospitalisation touche une minorité de patients souffrant d'un TCA et concerne le plus souvent les patients souffrant d'anorexie mentale même si l'hospitalisation n'est plus systématique dans la prise en charge de ce TCA (59). Il est évident de suggérer que les patients bénéficient plus d'une hospitalisation en unité spécialisée qu'en unité générale (13).

Les indications de l'hospitalisation à temps plein sont bien décrites pour l'anorexie mentale depuis la publication des recommandations de la haute autorité de santé (HAS) (13) (cf. **annexe 1**). Pour la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique les recommandations internationales (59,60) préconisent une hospitalisation à temps plein lors de la présence :

- d'un risque suicidaire élevé ;
- de symptômes alimentaires invalidants ne répondant pas aux traitements proposés lors d'un suivi ambulatoire ;
- d'une décompensation médicale ou psychiatrique ;
- d'un abus ou d'une dépendance sévère à une ou plusieurs substances.

Lorsqu'un suivi est déjà mis en place, l'hospitalisation est préférentiellement programmée, discutée avec l'équipe de soin, le patient et son entourage. Dans la continuité des soins, la prise en charge au sein du service hospitalier devra être pluridisciplinaire et travaillée en étroite collaboration avec les équipes du suivi ambulatoire afin de maintenir l'alliance thérapeutique et une cohérence de prise en charge. Il arrive parfois que l'indication d'hospitalisation soit posée en urgence dans le cadre d'une décompensation somatique ou psychiatrique sévère ou encore d'un risque de passage à l'acte suicidaire.

La diversité des modalités d'approche des TCA et des tableaux cliniques présentés par les patients souffrant de ces troubles ne permet pas de proposer un schéma type de traitement. L'offre de soin doit donc être diversifiée et graduée afin de pouvoir s'adapter à chaque cas et à chaque étape de l'évolution du trouble. Toutefois, en France les prises en charge sont restreintes, en effet les soins en consultation en ambulatoire et en hospitalisation complète restent privilégiés selon le rapport de l'Association Française Des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire (AFDAS-TCA) (74) et présentent par ailleurs un certain nombre de limites inhérentes à leur fonctionnement.

2. Les limites de ces deux types de prise en charge

a. Limites communes des prises en charge proposées en France

Pour les besoins d'un sondage national organisé par l'AFDAS-TCA et la direction générale de l'offre de soin (DGOS), tous les centres de soins en France ont été interrogés sur la prise en charge des patients souffrant d'un TCA (74). Les résultats de ce sondage, réalisé en 2006, mettent en avant :

- une forte hétérogénéité de répartition des structures spécialisées au sein du territoire Français ;
- l'existence de déserts géographiques en ce qui concerne l'accès aux structures de soins ;
- la présence de nombreuses régions se trouvant à plus de deux heures de la première structure comme le Limousin, la Bretagne, l'Alsace Lorraine, etc.

Le professeur GORWOOD, dans l'un des colloques interdisciplinaires organisé par l'AFDAS-TCA en 2015 (75), compare la répartition des centres de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) aux structures prenant en charge les TCA et conclut « qu'il est intéressant de constater […] que des centres de soins spécialisés sont accessibles pour tous à moins de 45 minutes de chacun d'entre nous. On ne peut pas dire qu'il y ait égalité de traitement entre les TCA et les AVC. »

L'accessibilité aux structures spécialisées dans la prise en charge des TCA est donc restreinte. Ainsi, les listes d'attente sont longues (souvent supérieures à 3 mois) et de nombreux patients ne peuvent avoir accès à ces soins du fait de leur éloignement mais également de l'incapacité de ces structures à prendre en charge l'ensemble des patients qui le nécessiterait. Nous pouvons donc supposer :

- qu'une partie des patients est prise en charge par des équipes peu formées à ce type de troubles (74) ;
- que certains patients ne sont pas pris en charge, constat mis en avant par l'étude NASER portant sur 32 000 sujets de la population générale suggérant qu'un patient sur deux souffrant d'un TCA n'est pas soigné.

b. Limites du suivi ambulatoire en consultation

Les principales limites du suivi en consultation en ambulatoire sont d'une part dues au caractère peu contenant de ce type de prise en charge et d'autre part aux manques de moyens avec des consultations souvent surchargées ne permettant pas toujours un suivi aussi intensif que nécessaire, pouvant entrainer un découragement et un désinvestissement des patients et de leur famille.

Par ailleurs, la pluridisciplinarité de la prise en charge, comme préconisée par les recommandations internationales (13,59,60), peut s'avérer difficile à organiser et à coordonner en consultation nécessitant des contacts réguliers et une bonne communication entre tous les intervenants.

Enfin, certaines dépenses de soins de proximité ne sont pas couvertes par l'assurance maladie, comme les interventions de psychologue, de diététicien(ne) ou encore les soins de médiation corporelle que justifient ces troubles anxiogènes.

Plusieurs études objectivent un taux de rechute élevé lors du suivi en consultation en ambulatoire. Une étude menée par JOY et al. estime que le suivi en consultation ambulatoire serait efficace chez seulement 40-50% des patients souffrant d'un TCA (76). De même KELLER et al. (77) suggéraient 63% de rechute dans la boulimie nerveuse à 2 ans de suivi en consultation ambulatoire. BECKER et al. (78) indiquaient quant à eux que la présence de comorbidités psychiatriques, de complications médicales, de symptômes chroniques et des antécédents de mauvaises réponses aux traitements proposés imposent le recours à « une prise en charge plus flexible et plus éclectique » que celle proposée par le suivi en consultation en ambulatoire.

c. Limites de l'hospitalisation à temps plein

La prise en charge en hospitalisation à temps plein comporte également un certain nombre de limites, inhérentes au manque d'unités spécialisées, à leur fonctionnement, aux contraintes qu'elles imposent mais également à leur impact économique.

- Premièrement des *contraintes s'imposent au patient et sa famille*, en particulier :
  - la durée d'hospitalisation (dépassant souvent plusieurs semaines) ;
  - la rupture avec le milieu familial, social, professionnel.

Ces contraintes inévitables peuvent venir conforter la résistance du patient vis-à-vis d'une hospitalisation à temps plein ou être à l'origine d'une sortie contre avis médical. Notons que, selon les études, 30 à 50 % des patients admis abandonneraient prématurément l'hospitalisation à temps plein (79–81). Une sortie prématurée pouvant se solder dans le meilleur des cas par la poursuite des soins en consultation, ou dans le pire des cas par une rupture totale du suivi et un risque de rechute.

- Deuxièmement, l'association de la rupture avec le cadre généralement strict et protecteur de l'hospitalisation présente des *limites thérapeutiques* :

  - les soins et la surveillance continue par des soignants présents quotidiennement peuvent être des facteurs de régression de l'autonomie du patient. Ce dernier peut se laisser guider par le cadre imposé de l'hospitalisation, ne plus être acteur de ses soins. Les prises de décisions et de responsabilités par le patient sont rares ou fortement éclairées par l'équipe de soin ;
  - le patient ne peut se confronter quotidiennement aux difficultés habituellement rencontrées dans son environnement comme : les conflits familiaux, les relations avec ses pairs ou encore la préparation de chaque repas. Ces difficultés sont mises à distances, de même que l'angoisse les accompagnants. La non exposition régulière à ces difficultés ne permet pas au patient de développer des stratégies de coping adaptées. Par ailleurs, même si des stratégies sont évoquées, développées et mise en pratique en groupe, au sein du milieu hospitalier, elles ne pourront être adaptées et surtout appliquées quotidiennement au milieu extérieur.

Ainsi, le risque de rechute lors de la confrontation à l'environnement habituel et ses difficultés est important allant de 30 à 50% selon les études à un an d'une hospitalisation à temps plein (82,83).

Notons par ailleurs que l'hospitalisation à temps plein, avec le cadre et les contraintes qu'elle impose mais aussi de par sa durée, peut être difficilement vécue par le patient pouvant venir compliquer la suite du suivi, notamment en cas de rechute et de nécessité d'une nouvelle hospitalisation.

- Enfin, s'imposent des *limites économiques* : une augmentation du taux de ce type de prise en charge, en particulier de l'anorexie mentale, a été observée dans plusieurs pays d'Europe (Allemagne, République Tchèque et Angleterre (84)). Par ailleurs la durée d'hospitalisation des patients souffrant d'un TCA, en Europe, est généralement longue évaluée en moyenne à 3 mois (18,4 semaines pour le Royaume Unis (85) et 19 semaines pour la France (86)).

En France, il n'existe pas de littérature économique concernant les TCA, toutefois, S. BRAHAMIL dans un rapport de l'AFDAS-TCA estime un investissement de 30 à 150 millions d'euros dans les soins pour les TCA avec un coût lié à la perte de productivité supérieure (75). Au total, des coûts importants découlent de la prise en charge en hospitalisation complète des patients souffrant d'un TCA du fait :

- d'une durée d'hospitalisation longue ;
- d'un fort taux de rechute et de réadmission ;
- d'une perte de productivité.

De ce fait, les recommandations internationales (13,59,60) encouragent les prises en charge ambulatoires permettant à la fois une réduction des coûts et favorisant l'intégration sociale.

D'autres limites liées à l'hospitalisation temps plein pourraient être développées comme l'accentuation du manque de lien déjà présent dans ces troubles ou encore celles liées aux comorbidités addictives impliquant l'arrêt brutal des substances consommées habituellement parallèlement à l'arrêt des conduites restrictives, de purges ou encore des accès hyperphagiques.

Au total, l'ensemble des limites que nous venons de développer amène à repenser la prise en charge des patients souffrant d'un TCA. Il semble nécessaire de majorer les moyens disponibles et de diversifier l'offre de soins en développant des structures de soins intermédiaires entre les consultations et l'hospitalisation à temps plein associant pluridisciplinarité, suivi médical, activités thérapeutiques, prise en charge psychothérapeutique, tout en maintenant des liens sociaux et familiaux. Ce type de structure permettrait d'offrir un maillage encore plus étoffé afin que l'ensemble des professionnels de santé puisse prendre en charge de façon synergique et plus efficace ces patients. En ce sens, l'hôpital de jour semble être une approche complémentaire à l'hospitalisation à temps plein et au suivi en consultation ambulatoire.

C. Une approche complémentaire : l'hôpital de jour

1. Etat des lieux des hôpitaux de jour ayant publié dans le monde

Bien que le développement du premier hôpital de jour psychiatrique date de 1937 (87), l'essor des structures ambulatoires d'hospitalisation partielle est assez récent datant du milieu des années 80 et d'abord développé en Amérique du Nord (88). Il semble que la lenteur de développement des hôpitaux de jour pour les TCA soit le reflet des difficultés historiques à construire plus largement une approche thérapeutique des TCA. Le développement des structures de jour s'est donc principalement fait en réponse aux pressions des assurances de santé cherchant à réduire les coûts de prises en charge devant l'évolution croissante des troubles psychiatriques. Du fait de ces contraintes économiques et suites aux différents travaux de recherche menés sur l'anorexie mentale, est paru, en 1985, un article de P.E GARFINKEL (89) proposant de développer la prise en charge en hôpital de jour de ce TCA. Cette équipe de Toronto (Canada) publie ensuite le premier article décrivant l'application de ce concept au TCA en 1989 (90), le *Day Hospital Program*. Ce programme a servi de modèle et permis la création et le développement de nombreux hôpitaux de jour spécialisés dans la prise en charge des TCA. Parmi l'ensemble de ces structures ayant publiées, les deux hôpitaux de jour se dégageant du fait de leurs nombreuses publications, sont : Le *Day Hospital Program for Eating Disorders (DHP)* au *Toronto Général Hospital* au Canada et le *Therapy Center for Eating disorders* au *Max-Planck-institute* de Munich en Allemagne. Le **tableau 2** fait une synthèse descriptive des hôpitaux de jour internationaux prenant en charge les patients souffrant d'un TCA ayant publié dans des revues à comité de lecture.

Tableau 2 - Synthèse des hôpitaux de jour internationaux prenant en charge les TCA et ayant publiés dans des revues à comité de lecture

	Hôpital de référence / Ville / Pays	Date de mise en service	Publication(s)	Durée moyenne de prise en charge	Horaires	TCA accueillis	Contres indications	Personnel soignant	Contrat thérapeutique	Groupes et caractéristiques des groupes	Type de groupe	Repas thérapeutiques Caractéristiques	Prise en charge familiale	Orientation thérapeutique
1. Day Hospital Program (DHP)	Toronto General Hospital **Toronto, CANADA**	1989	(85 –87)	6-12 semaines	9h - 17h	AN BN EDNOS	Complications médicales Risque suicidaire élevé Abus/dépendance sévère à une substance	Psychiatre Nutritionniste Psychologues Infirmières Psychomotricien Assistantes sociales Secrétaire	Oui	Oui Ouverts et fermés	Groupe affirmation de soi Planification de la soirée Groupe habileté sociale Groupe image du corps Gymnastique Art créatif	Oui Déjeuner Gouter Diner	Groupes « relations familiales » (pas de membre de la famille présent)	TCC
2. Treatment Center for Eating disorders (TCE)	Max-Planck-Institute of Psychiatry **Munich ALLEMA - GNE**	1989	(47–50)	13-16 semaines	8h - 17h	AN BN EDNOS	Risque suicidaire élevé Dépendance à une substance	1 psychiatre 1 somaticien 3 psychologues 2 diététiciens 3 infirmières 1 arthérapeute (1/2) 1 danse thérapeute (1/2)	Oui	Oui	Art-thérapie Relaxation Acceptation image corporelle, confrontation à la vidéo Danse thérapie Gestion loisir et du temps Groupe relation interpersonnelle	Oui Petit déjeuner Déjeuner 1 collation	Session d'information avec famille et conjoint Repas familial Thérapie familiale	TCC
3. Our Lady Of the Lake (OLOL)	Our Lady Of the Lake Regional Medical Center **Baton rouge USA**	1990	(51, 52)	10 semaines	9h30 – 18h30	AN BN EDNOS	Risque suicidaire ou hétéro agressif	1 psychiatre 1 psychologue superviseur 3 psychologues assistant 2 diététiciens 1 ergothérapeute 1 assistante sociale 1 IDE coordinatrice	Oui	Oui	Groupe prise de décision et résolution de problèmes Renforcer les compétences acquises Groupe créativité Groupe mindfullness Groupe image du corps Groupe relation interpersonnelle	Oui 2 repas principaux	Thérapie familiale Thérapie de couple Groupe famille	TCC

4. Eating disorder Program (EDP)	NM **Hoffman Estates USA**	1992	(90, 94)	4-5 semaines	NM	AN BN EDNOS	Instabilité médicale Risque suicidaire élevé Dépendance à une substance Trouble psychotique Déficience cognitive sévère	Multidisciplinaire	Oui	Oui Ouvert	Arthérapie Musicothérapie Relaxation Groupe d'éducation alimentaire avant, pendant et après le repas Conscience du corps Sensation corporelle Groupe autour des mouvements Entrainement aux habiletés sociales : résolution de problèmes, communications, relation sociale, affirmation de soi. Compétence de groupe et autorégulation	Oui 2 repas principaux	Thérapie familiale	TCC
5. AMARUM	Specialist Center for Eating Disorders **Zutphen PAYS-BAS**	1993	(90)	26 semaines	8h15 - 15h15	AN BN EDNOS	Hyperphagie boulimique Complications médicales Risque suicidaire élevé Dépendance/abus à une substance	Multidisciplinaire	Oui	Oui Ouvert 9 patients par groupe	Analyse de situation comportementale et cognitive Arthérapie Groupe de planification des menus le weekend Acceptation du corps Conscience du corps par la Confrontation au miroir, la vidéo Relaxation Psychomotricité Entrainement aux habiletés sociales Gestion du comportement Groupe relation interpersonnelle	Oui Petit déjeuner Déjeuner Gouter	Thérapie familiale Thérapie de couple	TCC
6. Oxford adult eating disorders Service (OAEDS)	NM **Oxford ROYAUME-UNI**	1994	(95)	12 à 36 semaines	NM	AN BN EDNOS BED	Complication médicale sévère Risque suicidaire élevé Abus/dépendance sévère à une substance	Multidisciplinaire	Oui	Oui	Groupe de parole autour de la forme et de l'image corporelle Groupe de compétence d'adaptation émotionnelle Groupe de planification des activités Groupe de relation interpersonnelle Activité créative	Oui Petit déjeuner Déjeuner 2 collations	Thérapie familiale	TCC
7. Peter Beumont Center for Eating Disorders	Wesley Private Hospital **Sydney AUSTRALIE**	1994	(75, 98)	6 semaines	NM	AN BN EDNOS	IMC < 15 kg/m^2 Comorbidités psychiatriques sévères Abus de SPA	Multidisciplinaire	Oui	Oui 6-8 patients Groupe ouvert	Groupe image du corps Groupe TCC Groupe mindfullness Groupe motivation/changement Sortie hebdomadaire (restaurant)	Oui Egalement supervision des repas extérieurs	Réunion famille Forum Famille	TCC

8. Day Clinic Program (DPC)	University Clinic **Fribourg, ALLEMA - GNE**	1998	(80)	12 semaines	8h - 16h	AN BN EDNOS (40%) Autres troubles psychiatriques	Risque suicidaire élevé Psychose Abus de substance sévère Complications somatiques sévères IMC <14,5 kg/m^2 Nécessité d'une rupture avec environnement habituel ou familial	Multidisciplinaire	Oui	Oui	Groupe autour du corps Arthérapie Groupe cuisine Groupe habiletés sociales Groupe relaxation Sport	Oui Petit déjeuner Déjeuner 2 collations	NM	Orientation psychodynamique
9. Day Treatment Programme (DTP)	NM **Chonan City, COREE DU SUD**	2000	(78)	8-14 semaines	8h	AN BN EDNOS	NM	2 infirmières 2 psychologues 1 psychiatre 1 assistante sociale 1 nutritionniste	NM	Oui Ouvert	Dance thérapie Arthérapie Groupe socio esthétique Groupe cuisine Groupe sexualité Groupe de planification du weekend Groupe affirmation de soi Groupe relation interpersonnelle	Oui	Groupe rencontre familiale Groupe de thérapie familiale	TCC
10 Day Hospital Program (DHT)	San Giovanni Battista Hospital of the University of Turin **Turin ITALIE**	2006	(77, 100)	24 semaines	8h30 - 15h30	AN BN EDNOS	Complications médicales sévères IMC < 13,5 kg/m^2 Abus ou dépendance sévère à une SPA Psychose – trouble bipolaire Hyperphagie boulimique et obésité Risque suicidaire élevé	1 psychiatre ETP 2 psychiatres mi temps 2 internes 1 psychologue mi temps 1 cadre de santé 5 infirmières 1 diététicienne 1 nutritionniste 1 musicothérapeute	Oui	Oui	Groupe autour du corps (image – attitude- forme) Groupe habiletés d'adaptation (affirmation de soi- entrainement aux habiletés sociales) Groupe de fonctionnement interpersonnel Expression non verbale : arthérapie, créations, musicothérapie	Oui Déjeuner 2 collations	Conseils parentales une fois par mois Thérapie familiale	Orientation psychodynamique
11. Day Treatment Program)	Atlanta Center for Eating disorders **Atlanta, Georgia USA**	NM	(74, 98)	13 semaines	12h - 20h	AN BN EDNOS	Complications médicales sévères Dépendance sévère à une substance Décompensation psychiatrique aigue Environnement domestique dangereux IMC très faible	1 psychiatre Psychologues et stagiaires Diététiciens Assistants sociaux 1 thérapeute conjugal et familial 1 ergothérapeute 1 conseiller professionnel	Oui	Oui	Groupe de compétence Groupe repas Groupe processus généraux (expression des émotions) Groupe expérimentaux (« apprendre en faisant », confrontation aux difficultés de la vie quotidienne en groupe).	Oui Déjeuner Diner	Thérapie familiale	TCC
12. DHP for Eating Disorders (DHPEP)	Centre Hospitalo-Universitaire de Québec **Québec CANADA**	2013	(88)	12 semaines	NM	AN BN EDNOS	Hyperphagie boulimique Complication médicale aigue Dépendance ou abus sévère de substance	2 psychiatres 2 psychologues 1 nutritionniste 1 infirmier(e) 1 ergothérapeute 1 assistante sociale	Oui	Oui Fermé 6-8 patients	Groupe motivationnel Groupe cuisine Conscience du corps Psychoéducation alimentation	Oui Repas supervisé Journal alimentaire	NM	TCC

NM = non mentionné

2. Impact de la prise en charge en hôpital de jour

Certaines études (94,102,107,110–112), au-delà de l'aspect descriptif de l'hôpital de jour, se sont intéressées à l'efficacité de ce type de prise en charge sur les symptômes alimentaires et psychiatriques associés. Ces études s'accordent à dire que ce type de soins permet une amélioration significative :

- des symptômes alimentaires (diminution de la fréquence des accès hyperphagiques et des comportements purgatifs, évolution favorable de la restriction et de la quête de la minceur) ;
- du poids chez les patients souffrant d'anorexie mentale ;
- des symptômes psychiatriques associés au TCA (symptômes anxieux, dépressifs, mauvaise estime de soi).

Ces améliorations se maintiennent deux ans après la fin de la prise en charge (106).

Une seule étude a comparé l'efficacité de la prise en charge en hôpital de jour vs. le suivi en consultation ambulatoire (104). L'équipe ayant mené cette étude en 2005, suggère qu'il existait une amélioration clinique significativement plus importante chez les patients ayant reçu le traitement en hôpital de jour. Cependant les patients n'avaient pas reçu les mêmes interventions thérapeutiques selon la modalité de prise en charge. Nous pouvons donc supposer que la meilleure progression de prise en charge soit attribuée aux interventions thérapeutiques reçues et non à la modalité de prise en charge.

Les recherches comparant l'efficacité de la prise en charge en hôpital de jour vs. hospitalisation complète sont restreintes mais plus nombreuses (103,113–115). La dernière étude contrôlée randomisée menée à ce sujet en 2014 par HERPERTZ-DAHLMANN et al. (115), suggérait que l'efficacité de la prise en charge en hôpital de jour de patientes souffrant d'anorexie mentale après 3 semaines d'hospitalisation complète n'était pas inférieure à une prise en charge en hospitalisation à temps plein en terme de prise de poids et d'amélioration des comportements alimentaires. De plus l'amélioration concernant le poids était maintenue à 12 mois de suivi aussi bien pour l'hôpital de jour que l'hospitalisation à temps plein. Une autre étude contrôlée randomisée, menée par ZEECK et al. en 2009 (114), comparant l'efficacité des deux types de prise en charge chez des patientes souffrant de boulimie nerveuse, allait également dans ce sens.

L'ensemble des études s'accorde sur le fait que la prise en charge en hôpital de jour aurait une efficacité au moins similaire à la prise en charge en hospitalisation à temps plein.

Ces articles suggèrent par ailleurs que les patients pris en charge en hôpital de jour acquéraient des compétences adaptatives plus importantes face à leur TCA. L'hôpital de jour leur permettrait à la fois d'expérimenter leurs acquis dans le milieu institutionnel puis dans l'environnement de vie quotidien. Cette possibilité d'expérimentation régulière dans le milieu de vie quotidien permettrait de renforcer l'autonomie du patient, leur sentiment de contrôle interne par rapport à leur trouble et de mieux les préparer aux difficultés extérieures à l'arrêt de la prise en charge.

Enfin, l'impact économique de l'ensemble de ces constations est indéniable. Comme nous l'avons vu précédemment, la durée d'hospitalisation à temps plein dans les pays Européens ainsi que les taux de réadmission élevés sont à l'origine d'un impact économique important sur le système de santé. Les politiques de santé encouragent d'ailleurs les soins ambulatoires. Une prise en charge en hôpital de jour des patients souffrant d'un TCA, à l'instar d'une hospitalisation à temps plein, pourrait permettre de réduire le coût des soins, puisque le montant de prise en charge en hôpital de jour est évalué en moyenne à trois fois inférieur à celui de l'hospitalisation à temps plein.

Du fait de leurs impacts tant sur le plan clinique que financier, les recommandations internationales ont introduit ce type de prise en charge dans leurs préconisations (59). De même l'HAS souligne l'importance des soins ambulatoires multidisciplinaires, et définit l'hôpital de jour comme une des étapes du parcours de soin dans la prise en charge de l'anorexie mentale en plus de recommander que « toute prise en charge soit initialement ambulatoire sauf en cas d'urgence somatique ou psychiatrique ». Ces recommandations témoignent d'une tendance à privilégier l'appui sur l'environnement du patient et les soins ambulatoires dans le traitement des TCA.

De par sa capacité de prise en charge intensive et pluridisciplinaire en ambulatoire, son efficacité sur les symptômes alimentaires et psychiatriques associée à la réduction des coûts liés à l'hospitalisation, l'hôpital de jour semble pouvoir s'imposer comme une approche complémentaire aux prises en charge en consultation en ambulatoire et à l'hospitalisation à temps plein qui restent, malgré leurs limites, les plus proposées en France.

PARTIE II - ETAT DES LIEUX DES HOPITAUX DE JOUR PRENANT EN CHARGE LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE EN FRANCE ET ATTENTES DES PATIENTS

I. Introduction

A. Contexte de l'étude

En France, un million de sujets souffrent ou ont souffert d'un TCA de type anorexie mentale, boulimie nerveuse ou hyperphagie boulimique, dont 600 000 jeunes. Il s'agit de troubles mentaux sévères associés à un fort taux de mortalité, de complications médicales et de comorbidités psychiatriques, débutant souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte manifestant la nécessité de développer des stratégies thérapeutiques précoces, adaptées au patient et à l'évolution de son trouble.

Les recommandations internationales (13,59,60) considèrent le suivi en consultation en ambulatoire et l'hospitalisation à temps plein comme les traitements de choix des patients souffrant d'un TCA. Toutefois ces modalités de prises en charge font face à certaines limites. Des limites communes mises en avant par le rapport de l'AFDAS-TCA, réalisé en 2006 (74), soulevant l'hétérogénéité de répartition des structures spécialisées sur le territoire Français, la présence de déserts géographiques d'où découlent des limites d'accessibilité pour les patients. Le suivi en consultation ambulatoire est généralement peu contenant et la pluridisciplinarité de la prise en charge souvent difficile à coordonner. Concernant l'hospitalisation à temps plein, la durée d'hospitalisation et la rupture avec l'environnement habituel sont souvent source d'un refus d'hospitalisation ou d'une sortie prématurée (79–81). De plus, le cadre protecteur de ce type de prise en charge permet peu au patient de s'exposer et de développer des stratégies d'adaptations suffisantes face aux difficultés habituellement rencontrées. De ce fait, le risque de rechute des patients à un an d'une hospitalisation à temps plein est élevé, estimé entre 30 à 50 % (82,83). Enfin, des limites économiques s'imposent, les taux d'admissions des patients souffrant d'un TCA ont été notés en forte hausse dans plusieurs

pays d'Europe (84), par ailleurs la durée d'hospitalisation de ces troubles est souvent longue, estimée en moyenne à 3 mois (78,79).

Devant ces limites, nous comprenons l'intérêt croissant de la recherche pour le concept d'hôpital de jour dans la prise en charge des patients souffrant d'un TCA, associant pluridisciplinarité, suivi médical, activité thérapeutique, psychothérapie et maintien des liens sociaux et familiaux. La littérature réalisée à ce sujet met en avant le caractère bénéfique et durable de ce type de prise en charge chez les patients souffrant d'un TCA (80–86). Les études comparant la prise en charge en hôpital de jour vs. l'hospitalisation à temps plein montraient que l'efficacité de ces deux types de soin serait similaire à court terme (103,113–115), les hôpitaux de jour ayant un fort avantage financier. Les auteurs suggéraient par ailleurs que les patients pris en charge en hôpital de jour acquéraient des compétences adaptatives plus importantes en développant des contrôles internes et une responsabilisation face à leur TCA. Ils considéraient que les patients étaient ainsi mieux préparés pour affronter leurs symptômes, gérer leurs émotions et leurs conflits après la fin de leur prise en charge (103,114). L'ensemble de ces éléments nous a conduit à nous interroger sur la prise en charge en hôpital de jour des patients souffrant d'un TCA en France.

B. Objectifs et hypothèses de l'étude

A notre connaissance, il n'existe pas de publication de synthèse récente présentant les structures de type hôpital de jour prenant en charge les patients souffrant d'un TCA en France. Ce constat nous a conduit dans une première partie (**étude n°1**) à réaliser un état des lieux de ce type d'unité. Cette étude descriptive avait pour *objectif principal* de recenser les structures de type hôpital de jour spécialisé, de décrire leur fonctionnement, leur organisation et les soins proposés. *L'objectif secondaire* était de déterminer s'il existait des différences entre les soins proposés entre les hôpitaux de jour spécialisés et généraux.

Pour cette première étude, nous faisions les hypothèses suivantes :

- la prise en charge en hôpital de jour spécialisé des patients souffrant d'un TCA est homogène en termes de fonctionnement (équipe pluriprofessionnelle, ouverture 5 jours sur 7, évaluation préalable pluridisciplinaire) et de modalités de soins (contrat thérapeutique, repas thérapeutique, groupe thérapeutique, prise en charge familiale) ;

- la prise en charge des patients souffrant d'un TCA en hôpital de jour spécialisé est différente en terme de soins proposés des hôpitaux de jour généraux.

Dans une seconde partie nous avons questionné les attentes des patients vis-à-vis d'une prise en charge en hôpital de jour spécialisé, en prenant en compte tous les types de TCA (**étude n°2**).

L'objectif principal était d'évaluer l'utilité d'une prise en charge en hôpital de jour pour les patients, en déterminant quel était le profil de ces patients (i.e., ces patients diffèrent-ils en termes de caractéristiques sociodémographiques, de type de TCA, de prise en charge actuelle, d'impulsivité, d'anxiété trait ou d'alimentation émotionnelle ?). *Les objectifs secondaires* étaient : de décrire les attentes des patients concernant les modalités de prise en charge en hôpital de jour (i.e., la mise en place d'un contrat thérapeutique, de groupes ou d'activités thérapeutiques, de repas thérapeutiques, d'une prise en charge familiale) et de déterminer s'il existait des différences entre les soins actuellement proposés dans les hôpitaux de jour spécialisés et les attentes des patients.

La spécificité de notre approche est ici d'inclure les patients souffrant d'un TCA (anorexie mentale, boulimie nerveuse et hyperphagie boulimique) sans se focaliser sur un type de TCA en particulier.

Pour cette seconde étude, nous faisions les hypothèses suivantes :

- une majorité de patients souffrant de TCA percevait l'hôpital de jour comme utile ;
- les patients percevant l'hôpital de jour comme utile étaient significativement plus âgés, souffraient plus fréquemment d'hyperphagie boulimique et de boulimie nerveuse, présentaient un score d'anxiété trait, d'alimentation émotionnelle significativement plus élevés et un score d'impulsivité significativement plus faible que les patients ne percevant pas l'hôpital de jour comme utile ;
- il n'existait pas de différence significative entre les soins proposés dans les structures de type hôpitaux de jour spécialisés et les attentes des patients.

II. Etude n° 1 - Etat des lieux des hôpitaux de jour prenant en charge les patients souffrant d'un trouble du comportement alimentaire en France

A. Matériel et Méthode

1. Population de l'étude et procédure

A partir de l'annuaire de l'AFDAS-TCA récemment élaboré et du site de l'association ENFINE (*https://www.enfine.com/dernieres-nouvelles-anorexie-boulimie/enfine.html*), nous avons cherché à recenser l'ensemble des structures prenant en charge les patients souffrant d'un TCA en hôpital de jour en 2016. Après avoir identifié les structures potentielles, le médecin référent de chaque unité était sollicité par mail (email professionnel ou email de leur secrétariat) afin de participer à un questionnaire en ligne évaluant : le fonctionnement de l'unité et les types de soins proposés.

Le recrutement a été effectué du 1/03/16 au 31/06/16.

2. Mesures

Un auto-questionnaire complété en ligne (cf. **annexe 2**) permettait de connaître le centre hospitalier, le service de rattachement, l'adresse email et le nom du psychiatre remplissant le questionnaire. Cet auto-questionnaire évaluait si l'unité prenait en charge les patients souffrant d'un TCA et si oui, sous quelle forme (i.e., hospitalisation complète, hôpital de semaine, hôpital de jour, consultation en ambulatoire). Lorsque la structure prenait en charge les patients souffrant d'un TCA en hôpital de jour, les médecins étaient invités à remplir la deuxième partie du questionnaire qui évaluait :

- le type d'unité dont il s'agissait : psychiatrie/pédopsychiatrie, nutrition/médecine interne, pédiatrie ou autre ;
- l'équipe professionnelle composant cet hôpital de jour ;
- le type de troubles mentaux accueillis (TCA/autre(s) troubles psychiatrique(s)) ;
- les soins proposés : orientation thérapeutique, contrat thérapeutique (durée, renouvellement, axes principaux), groupes thérapeutiques (types, taille, ouvert/fermé), repas thérapeutiques (caractéristiques, déroulement), prise en charge familiale.

Un commentaire libre à la fin de l'auto-questionnaire était possible.

3. Analyses statistiques

Les analyses statistiques univariées ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 22.0.0. Pour toutes les statistiques, nous avons retenu le seuil de significativité bilatéral $p \leq 0,05$.

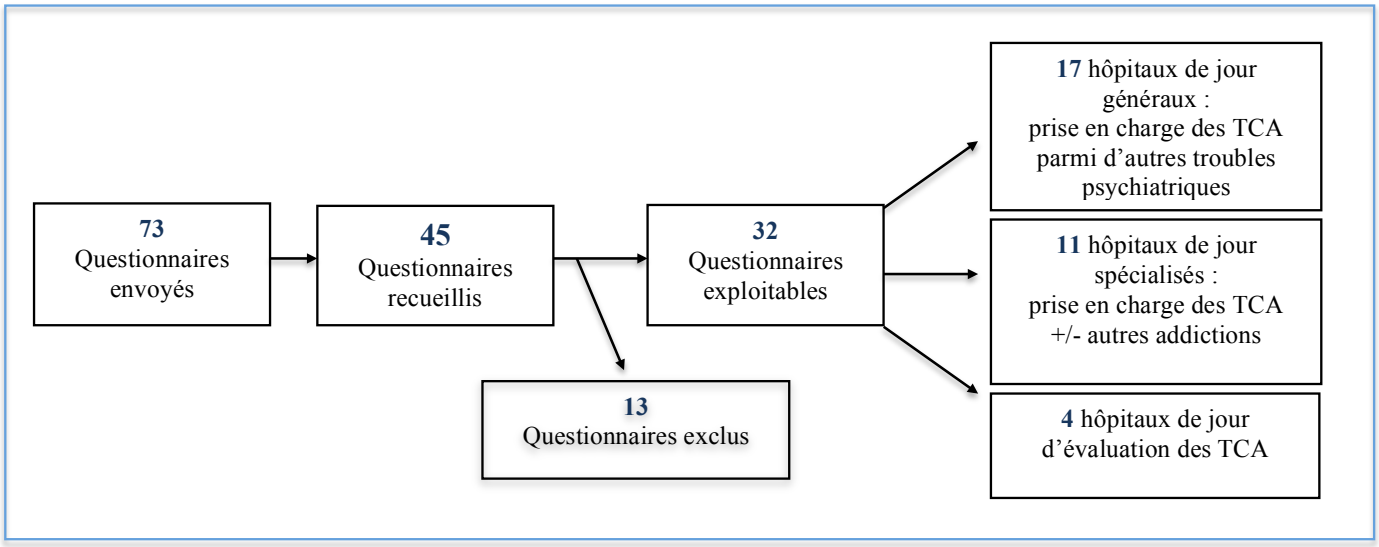
Les statistiques descriptives ont été faites en pourcentages et effectifs pour les variables qualitatives, en moyennes et écart-types pour les variables quantitatives. Pour les analyses univariées, nous avons utilisé :

- pour déterminer l'association entre le type de structure (structures de type hôpitaux de jour spécifique vs. généraux) et les variables quantitatives : des tests de comparaison de moyennes non paramétriques (au vu de notre faible échantillon et de notre hypothèse que la distribution de nos variables ne suivait pas une loi normale) ;
- pour déterminer l'association entre le type de structure (structures de type hôpitaux de jour spécifique vs. généraux) et les variables qualitatives : des test de Chi-deux de Pearson ou de Fischer (un test de Fisher était utilisé en cas d'effectifs théoriques inférieurs ou égal à 5 dans au moins une des cases du tableau croisé).

B. Résultats

1. Diagramme de flux

Figure 1 - Diagramme de flux



Plus de la moitié des questionnaires envoyés ont été retournés (45 questionnaires ont été retournés sur 73 envoyés, soit **67,6% de retour**). 13 n'étaient pas concernés par le questionnaire du fait que la structure ne prenait pas en charge en hôpital de jour les patients souffrant d'un TCA. 32 structures ont été finalement inclues dans l'étude parmi lesquelles :

- 17 sont des hôpitaux de jour généraux prenant en charge les patients souffrant d'un TCA mais également d'autres troubles psychiatriques ;
- 11 sont des hôpitaux de jour spécialisés prenant en charge les TCA et pour certains des addictions non comportementales ;
- 4 sont des hôpitaux de jour d'évaluation évaluant ponctuellement les TCA.

2. Caractéristiques de la population prise en charge en hôpital de jour

Le nombre moyen de patient souffrant d'un TCA pris en charge en hôpital de jour spécialisé par an est de **390 patients (étendue : 19 – 2640)** contre **9 patients (étendue : 1 – 45)** pour les hôpitaux de jour généraux.

Tableau 3 - Caractéristiques descriptives des patients pris en charge en hôpital de jour

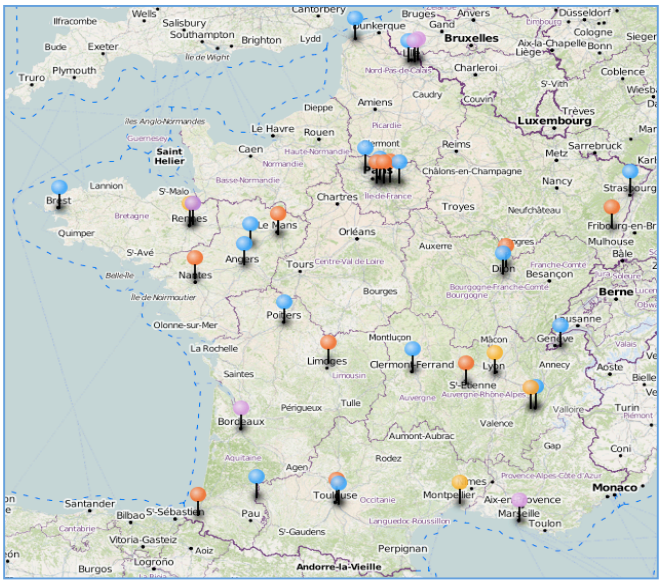
	HDJ spécialisés ($\chi 2 \pm \sigma$, N) (N total = 15)	HDJ généraux ($\chi 2 \pm \sigma$, N) (N total =17)	Test Statistique (F ; $\chi 2$)	*p*
Age des patients				
Age moyen	22,93± 5,81 (15)	20,44 ± 5,86 (16)	F=0,35	0,24 (NS)
Age minimum	14,45± 4,15 (14)	15,13 ± 4,18 (16)	F = 0,06	0,66 (NS)
Age maximum	49,15 ± 19,08 (13)	39,14 ± 25,53 (14)	F =1,03	0,30 (NS)
Type de TCA pris en charge				
Anorexie mentale	100 %(15)	100 %(17)		
Boulimie nerveuse	93,3 (14)	82,4% (14)	$\chi 2$ = 0,88	0,35 (NS)
Hyperphagie boulimique	66,7 % (10)	76,5% (13)	$\chi 2$ = 0,38	0,41 (NS)
EDNOS	20 % (3)	0% (0)	$\chi 2$ = 3,75	0,09 (NS)

Entre les hôpitaux de jour spécialisés et généraux, il n'existe pas de différence significative en terme d'âge et de type de TCA pris en charge. Les hôpitaux de jour spécialisés ont tendance à plus prendre en charge les **TCA non spécifiés (EDNOS) ($\chi 2$ = 0,88, p< 0,1).**

Le TCA le plus fréquemment pris en charge dans ces deux types de structure est **l'anorexie mentale (100%)**.

3. Caractéristiques des hôpitaux de jour prenant en charge les patients souffrant d'un trouble du comportement alimentaire

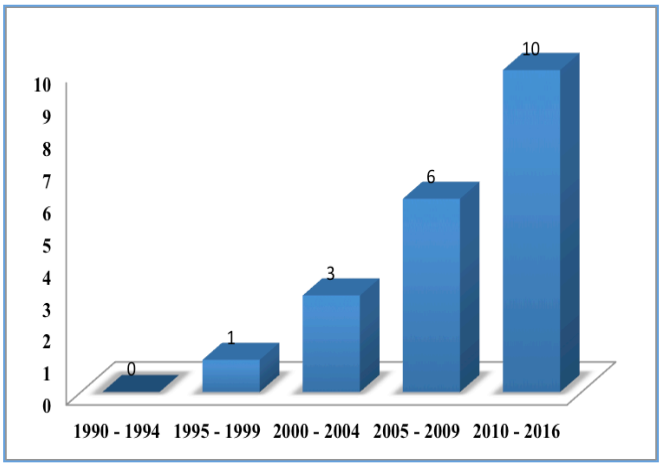
Figure 2 - Hôpitaux de jour prenant en charge les patients souffrant d'un TCA en France



Dans cette étude, aucun hôpital de jour prenant en charge spécifiquement les patients souffrant de TCA n'a été recensé dans les régions : **Centre Val de Loire** et **Normandie**.

- Hôpitaux de jour spécialisés
- Hôpitaux de jour d'évaluation
- Hôpitaux de jour généraux
- Unité prenant en charge les patients souffrant d'un TCA en hôpital de jour, de manière spécialisée n'ayant pas répondu au questionnaire

Figure 3 - Nombre cumulé d'hôpitaux de jour Français, prenant en charge spécifiquement les patients souffrant d'un TCA, existants de 1990 – 2016



Nous pouvons constater une multiplication par 3 des hôpitaux de jour spécialisés entre **2005 et 2016**.

Tableau 4 - Spécialité des hôpitaux de jour généraux et spécialisés prenant en charge les patients souffrant d'un TCA

Spécialités médicales	HDJ (%,N)
Psychiatrie/pédopsychiatrie	78,1% (25)
Nutrition/médecine interne	12,5% (4)
Pédiatrie	3,1% (1)
Autre(s)	6,3% (2)

La spécialité médicale prenant en charge le plus fréquemment les patients souffrant d'un TCA en hôpital de jour est la **psychiatrie (78,1%)**.

La catégorie « autre(s) » comprend un service de soins de suite et réadaptation et un service de médecine de l'adolescent.

Pour la suite de l'étude, les hôpitaux de jour spécialisés et les hôpitaux de jour d'évaluation ont été rassemblés, ces derniers prenant en charge spécifiquement et annuellement sur des jours précis les patients souffrant d'un TCA (N=15).

Tableau 5 - Caractéristiques descriptives du fonctionnement des hôpitaux de jour prenant en charge les patients souffrant d'un TCA

	HDJ spécialisés (N= 15)	HDJ généraux (N=17)	Test Statistique (F ; $\chi 2$)	*p*
Equipe Professionnelle				
Psychiatre	100% (15)	100% (17)		
ETP psychiatre	0,70 ± 0,52	1,14 ± 1,02	F= 2,911	0,16 (NS)
Nutritionniste	40% (6)	17,7% (3)	$\chi 2$ = 1,970	0,16 (NS)
ETP nutritionniste	0,59 ± 0,55	0,20 ± 0,14	F = 2,85	0,38 (NS)
Cadre soignant	86,7% (13)	94,1% (16)	$\chi 2$ = 0,52	0,59 (NS)
ETP cadre soignant	0,58 ± 0,39	0,65 ± 0,35	F = 0,21	0,61 (NS)
IDE	100% (15)	100% (15)		
ETP IDE	2,82 ± 2,30	3,88 ± 2,01	F = 1,115	0,20 (NS)
Aide soignant(e)	60 % (9)	41,1% (7)	$\chi 2$ = 1,13	0,48 (NS)
ETP aide soignant(e)	0,92 ± 0,30	0,5 ± 0,84	F = 8,28	0,16 (NS)
Psychologue	93,3% (14)	100% (17)	$\chi 2$ = 1,17	0,47 (NS)
ETP psychologue	0,79 ± 0,55	0,96 ± 0,88	F = 0,86	0,53 (NS)
Diététicien(ne)	86,7% (13)	58,8% (10)	$\chi 2$ = 3,06	0,12 (NS)
ETP diététicien(ne)	2	NC	NC	NC
Assistant(e) social(e)	66,7% (10)	88,2 % (15)	$\chi 2$ = 2,17	0,21 (NS)
ETP assistant(e) social(e)	0,31 ± 0,17	0,51 ± 0,52	F = 1,99	0,30 (NS)
Secrétaire	86,7 % (13)	94,12% (16)	$\chi 2$ = 0,52	0,59 (NS)
ETP secrétaire	0,86 ± 0,59	0,94 ± 0,88	F = 0,21	0,81 (NS)
Evaluation préalable pluridisciplinaire	100% (15)	100% (17)		
Bilan psychologique	60% (9)	29,4% (5)	$\chi 2$ = 3,03	0,15 (NS)
Examen médical général	66,7% (10)	76,5% (13)	$\chi 2$ = 0,38	0,70 (NS)
Bilan biologique	60% (9)	82,4 % (14)	$\chi 2$ = 1,97	0,24 (NS)
Evaluation diététique	80% (12)	70,6% (12)	$\chi 2$ = 0,38	0,69 (NS)
Evaluation sociale	60% (9)	76,5% (13)	$\chi 2$ = 1,01	0,45 (NS)
Travail avec les services spécialisés	86,7% (13)	88,2% (15)	$\chi 2$ = 0,02	1 (NS)
Cardiologie	30,8% (4)	6,7% (1)	$\chi 2$ = 2,76	0,15 (NS)
Gastro entérologie	38,5% (5)	26,7% (4)	$\chi 2$ = 0,44	0,69 (NS)
Neurologie	7,7% (1)	0% (0)	$\chi 2$ = 1,20	0,46 (NS)
Nutrition	53,9% (7)	60% (9)	$\chi 2$ = 0,11	1,00 (NS)
Médecine interne	15,4% (2)	13,3% (2)	$\chi 2$ = 0,02	1,00 (NS)
Pédiatrie	23,1% (3)	35,3% (6)	$\chi 2$ = 0,91	0,43 (NS)
Psychiatrie/ pédopsychiatrie	30,8% (4)	40% (6)	$\chi 2$ = 0,70	0,70 (NS)

Il n'existe pas de différence significative d'équivalent temps plein des différents professionnels de santé entre les deux types d'hôpitaux de jour.

100 % des hôpitaux de jour réalisent une **évaluation pluridisciplinaire** avant l'entrée en hôpital de jour.

Il n'existe pas de différence significative des **modalités d'évaluation préalable** entre les hôpitaux de jour spécialisés et généraux.

87,5% des hôpitaux de jour travaillent fréquemment avec des services spécialisés, en particulier les services de **nutrition**, de **gastro-entérologie** et de **psychiatrie/pédopsychiatrie**.

Tableau 6 - Caractéristiques descriptives des modalités de prise en charge des patients souffrant d'un TCA en hôpital de jour

	HDJ spécialisés (N= 15)	HDJ généraux (N=17)	Test Statistique χ^2	*p*
Orientation thérapeutique				
Médicamenteuse	46,7% (7)	41,2% (7)	χ^2 = 1,41	0,41 (NS)
Psychothérapie de soutien	73,3% (11)	64,7% (11)	χ^2 = 0,72	0,46 (NS)
Motivationnel	73,3% (11)	29,4% (5)	χ^2 = 7,43	< 0,05
Psychodynamique	33,3% (5)	52,9% (9)	χ^2 = 0,92	0,47 (NS)
Cognitivo-comportementale	66,7% (10)	41,2% (7)	χ^2 = 2,84	0,15 (NS)
Systémique	33,3% (5)	32,6% (6)	χ^2 = 0,001	1,00 (NS)
Contrat thérapeutique	33,3% (5)	41,2% (7)	χ^2 = 0,10	1,00 (NS)
Groupe thérapeutique	93,3% (14)	94,1% (16)	χ^2 = 0,08	1,00 (NS)
Parole	100% (14)	81,3% (13)	χ^2 = 2,92	0,23 (NS)
Emotion	85,7% (12)	87,5% (14)	χ^2 = 0,021	1,00 (NS)
Création	78,6% (11)	93,8% (15)	χ^2 = 1,49	0,31 (NS)
Le corps	92,8% (13)	100% (16)	χ^2 = 1,18	0,47 (NS)
L'alimentation	100% (14)	81,3% (13)	χ^2 = 2,92	0,23 (NS)
Les habiletés sociales	50% (7)	56,3 % (9)	χ^2 = 0,12	1,00 (NS)
L'information/ Psychoéducation	57,1% (8)	37,5 % (6)	χ^2 = 1,16	0,46 (NS)
Les comorbidités Psychiatriques	21,4% (3)	31,3% (5)	χ^2 = 0,37	0,69 (NS)
Repas thérapeutique	93,3% (14)	82,4% (14)	χ^2 = 0,79	0,60 (NS)
Petit déjeuner	0% (0)	21,4% (14)	χ^2 = 3,36	0,22 (NS)
Déjeuner	100% (14)	100% (14)		
Gouter	42,9% (6)	50% (7)	χ^2 = 0,14	1,00 (NS)
Diner	7,1% (1)	42,9% (6)	χ^2 = 4,76	0,08 (NS)
Seul avec un soignant	42,9% (6)	35,7% (5)	χ^2 = 0,15	1,00 (NS)
En groupe 5-10 pers + soignants	71,4% (10)	68,8% (11)	χ^2 = 0,19	1,00 (NS)
En groupe de 5-10 pers sans soignants	28,6% (4)	14,3% (2)	χ^2 = 0,85	0,65 (NS)
Plateau individuel	85,7% (12)	64,3% (9)	χ^2 = 1,71	0,38 (NS)
Plat commun	14,3% (2)	28,6% (4)	χ^2 = 0,85	0,65 (NS)
Self service	0% (0)	14,3% (2)	χ^2 = 2,15	0,48 (NS)
Prise en charge familiale	80% (12)	82,4% (14)	χ^2 = 0,03	1,00 (NS)
Soignant référent	66,7% (10)	76,5% (13)	χ^2 = 0,38	0,70 (NS)

- **Orientation thérapeutique** : les hôpitaux de jour spécifiques réalisent significativement plus de **prises en charge motivationnelles** que les hôpitaux de jour généraux **(χ^2 = 7,43 ; p < 0,05).**

  Il n'existe pas de différence significative entre les deux structures pour les autres types d'orientation thérapeutique.

- **Contrat thérapeutique :** moins de 50% des hôpitaux de jour établissent un contrat thérapeutique. Les principaux critères de ces contrats thérapeutiques sont : le **poids** et **l'adhésion aux soins**. La durée du contrat varie selon les hôpitaux de jour de **1 à 3 mois.**

- **Groupes/activités thérapeutiques** : **93,75%** des hôpitaux de jour proposent des groupes/activités thérapeutiques. Ceux n'en proposant pas sont pour la majorité des hôpitaux de jour d'évaluation. Il n'existe pas de différence significative des types de groupes/activités proposés entre les hôpitaux de jour spécialisés et généraux.

- **Repas thérapeutiques : 87,5%** des hôpitaux de jour proposent des repas thérapeutiques aux patients souffrant d'un TCA. Il n'existe pas de différence significative dans les modalités de déroulement des repas thérapeutiques entre les deux types de structures. Les repas thérapeutiques se déroulent majoritairement au **déjeuner**, en **groupe de 5-10 personnes accompagnées d'1 ou 2 soignant(s)**, avec un **plateau individuel**.

- **Prise en charge familiale : 81,25%** des hôpitaux de jour réalisent une prise en charge familiale. Les hôpitaux de jour ne prenant pas en charge la famille sont pour la majorité les hôpitaux de jour d'évaluation. Les principales prises en charge familiales réalisées sont :
    - **les groupes de paroles parentaux ;**
    - **les groupes de psychoéducation et information parentaux ;**
    - **les entretiens familiaux ;**
    - **la thérapie familiale.**

L'annexe 3 résume l'ensemble des caractéristiques des hôpitaux de jour prenant en charge de manière spécialisé les patients souffrant d'un TCA .

III. Etude n°2 - Evaluation des attentes des patients vis-à-vis des hôpitaux de jour

A. Matériel et Méthode

1. Population de l'étude et procédure

Les patients de cette étude transversale et monocentrique ont été recrutés du 01/03/2016 au 31/06/2016 auprès de deux psychiatres prenant en charge les patients souffrant d'un TCA au Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Tours (Dr. BRUNAULT et Dr. HUGUET).

Les critères d'inclusions étaient les suivants : patient majeur (≥18 ans), lisant et comprenant bien le français, suivi ou ayant été suivi dans les deux ans par un psychiatre au CHRU de Tours, souffrant d'un TCA de type anorexie mentale, boulimie nerveuse ou hyperphagie boulimique. Les critères d'exclusions étaient : patient mineur (< 18 ans), sous curatelle/tutelle.

Tous les patients souffrant d'un TCA, consultant leur psychiatre au CHRU de Tours durant la période d'inclusion et répondant aux critères d'inclusion recevaient durant la consultation une proposition de participer à notre étude. Les patients n'étant plus suivis mais ayant été pris en charge dans les 2 ans au CHRU de Tours pour un TCA étaient contactés par téléphone et recevaient une proposition pour participer à notre étude.

Si les patients acceptaient de participer, un questionnaire créé pour l'étude leurs était proposé. Ce questionnaire pouvait être rempli :

- *sur papier* : dans ce cas, un questionnaire papier ainsi qu'une enveloppe timbrée leurs étaient remis lors de la consultation ou leurs étaient envoyés. Les patients pouvaient le remplir au domicile et retourner le questionnaire au CHRU de Tours ;
- *sur internet* : lors de la consultation ou par téléphone, était demandé à chaque patient son adresse mail, sur laquelle le lien du questionnaire en ligne leur était envoyé :*https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScH2GJE9nxfxgI_sJKxyIxLRR7QStaTVUr_ftGinI_iu7S_WA/viewform*

La passation se faisait au domicile du patient, respectant la confidentialité et l'anonymat et durait entre 30 - 45 minutes.

2. Mesures

a. Questionnaires sociodémographiques

Il s'agissait de recueillir les données sociodémographiques : âge, sexe, poids actuel, poids minimum et maximum atteints, taille, statut marital et niveau d'étude. Cette partie du questionnaire recueillait également les données sur les prises en charge antérieures et actuelles du patient :

- suivi(s) par un/des professionnel(s) de santé (nutritionniste, psychiatre, diététicien(ne), psychologue/psychothérapeute, médecin généraliste, autre) ;
- avantage(s) et inconvénient(s) de ce(s) suivi(s) ;
- antécédent(s) d'hospitalisation dans le cadre d'un TCA ;
- avantage(s) et inconvénient(s) de cette/ces hospitalisation(s).

b. Evaluation des attentes de l'échantillon concernant une prise en charge en hôpital de jour

Après avoir expliqué les modalités de fonctionnement de l'hôpital de jour, l'auto-questionnaire interrogeait les patients sur l'utilité, selon eux, de ce type de prise en charge dans le cadre de leur TCA.

Si l'hôpital de jour était perçu comme utile, une partie complémentaire du questionnaire interrogeait les patients sur les modalités de prises en charge en hôpital de jour :

- contrat thérapeutique (utilité, information(s) composant ce contrat, durée) ;
- groupes/activités thérapeutiques (utilités, taille des groupes, types de groupes/activités) ;
- repas thérapeutiques (utilité, modalité de déroulement du repas, objectif(s)) ;
- prise en charge familiale (raison(s) de cette prise en charge, type de prise en charge).

Un commentaire libre à la fin de l'auto-questionnaire était possible.

c. Evaluation du type de TCA

L'évaluation du type de TCA était réalisée par le clinicien en charge du patient et selon les critères du DSM-5.

d. Auto-questionnaires

(1) Mesure de l'alimentation émotionnelle

Elle a été mesurée avec l'échelle d'auto-évaluation *Emotionnal Appetite Questionnaire* (EMAQ) (117,118) (cf. **annexe 5**). L'EMAQ comporte 22 items sur la tendance à manger en réponse à des émotions positives et négatives (14 items) et en réponse à des situations positives et négatives (8 items). Chaque élément est évalué à l'aide d'une échelle de LIKERT en 9 points (1 représentant la tendance à manger « beaucoup moins », 9 « beaucoup plus »). Pour chaque item, il est possible d'indiquer « ne me concerne pas » ou « ne sais pas », ces réponses ne seront pas inclues dans la cotation. Cette échelle permet d'obtenir un score moyen d'alimentation pour les émotions positives, négatives et pour les situations positives, négatives.

(2) Mesure de l'anxiété trait

Elle a été évaluée grâce à l'auto-questionnaire *State Trait Anxiety Inventory* de SPEILBERGER et al. (STAI-Y), forme B (119) (cf. **annexe 6**). Cette échelle évalue l'anxiété habituelle, comme trait de personnalité. Il existe également une autre forme de la STAI-Y, la forme A, qui évalue l'anxiété état en 20 items.

La STAI-Y B comporte 20 items, cotés de 1 à 4 (4 étant le degré le plus fort d'anxiété). L'évaluation de l'anxiété trait se fait en additionnant les scores de chaque item, avec un résultat allant donc de 20 à 80, un score plus élevé témoignant d'une anxiété trait plus élevée.

(3) Mesure de l'impulsivité

Elle a été évaluée par la version courte de l'échelle d'impulsivité *Impulsive Behavior Scale)* (UPPS-P) de WHITESIDE et al.(113) (cf. **annexe 7**). Cette échelle évalue quatre dimensions de l'impulsivité définies par WHITESIDE et al. en 2001 :

- l'**Urgence** : la tendance à ressentir de fortes impulsions et ce, surtout en présence d'affects négatifs ;
- la **Préméditation** : tendance à penser et à réfléchir aux conséquences de ces actes avant de s'y engager ;
- la **Persévérance** : capacité à rester concentrer longtemps sur une tâche ennuyeuse et/ou difficile ;
- la **recherche de Sensations** : tendance à apprécier et à rechercher des activités excitantes, et à être ouvert à de nouvelles expériences dangereuses ou non.

L'UPPS version courte est une échelle de 20 items à coter à l'aide d'une échelle de LIKERT en quatre points (de 1 « Tout à fait d'accord » à 4 « Tout à fait en désaccord ») qui évalue les quatre dimensions principales de l'impulsivité. Des scores élevés indiquent une forte tendance à se comporter selon les dimensions pour lesquelles ces scores ont été obtenus.

3. Analyses statistiques

Les analyses statistiques univariées ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 22.0.0. Pour toutes les statistiques, nous avons retenu le seuil de significativité bilatéral $p \leq 0,05$.

Les statistiques descriptives ont été faites en pourcentages et effectifs pour les variables qualitatives, en moyennes et écart-types pour les variables quantitatives.

- nous avons comparé les patients selon leur TCA (tests de comparaison de moyenne et tests du Chi-deux). Du fait du nombre limité de patients souffrant de boulimie nerveuse (n=2), nous les avons dans un second temps rassemblés avec les patients souffrant d'hyperphagie boulimique (n=18) afin de comparer les patients souffrant d'anorexie mentale vs. d'un autre TCA (boulimie nerveuse ou hyperphagie boulimique) ;
- pour déterminer quelles étaient les variables associées au fait de percevoir l'hôpital de jour comme utile, nous avons utilisé des tests de comparaison de moyennes (pour les variables quantitatives) et des tests de Chi-deux de Pearson ou de Fischer (pour les variables qualitatives). Un test de Fisher était utilisé en cas d'effectifs théoriques inférieurs ou égal à 5 dans au moins une des cases du tableau croisé ;
- enfin, pour étudier l'association entre les soins actuellement proposés dans les hôpitaux de jour spécialisés et les attentes des patients, nous avons utilisé des tests de Chi-deux de Pearson ou de Fischer (un test de Fisher était utilisé en cas d'effectifs théoriques inférieurs ou égal à 5 dans au moins une des cases du tableau croisé).

4. Considérations éthiques

Pour participer à notre étude, chaque patient a donné son consentement éclairé écrit, conformément à la déclaration d'Helsinki.

B. Résultats

1. *Population inclue*

Parmi 42 patients éligibles, 36 ont accepté de participer à l'étude :

- 28 questionnaires papiers ont été distribués, 20 patients ont répondu au questionnaire papier ;
- 22 patients ont reçu le questionnaire par mail (8 relancés et 14 lancés pour la première fois) 16 ont répondu.

Tous les questionnaires reçus ont été exploités.

2. *Caractéristiques descriptives de la population de l'étude*

a. *Caractéristiques sociodémographiques, relatives au poids et de prise en charge*

Tableau 7 - Caractéristiques sociodémographiques, relatives au poids et à la prise en charge

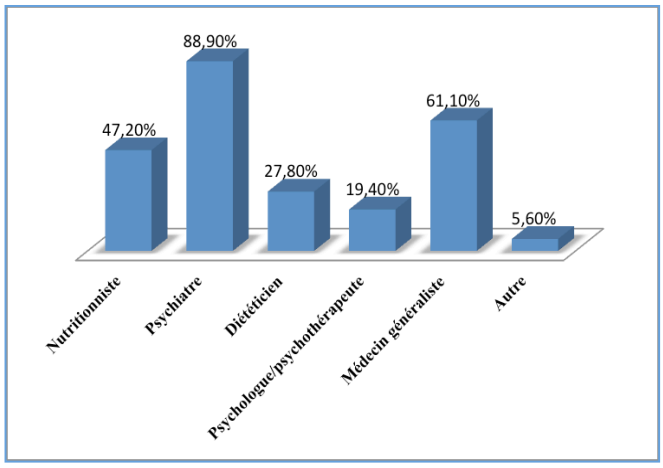
	Echantillon total (N = 36)	AN (N = 16) ($\bar{x} \pm \sigma$; étendue) ou (%, effectif)	BN et BED (N = 20) ($\bar{x} \pm \sigma$; étendue) ou (%, effectif)	Test statistique (F ; $\chi 2$)	*p*
Caractéristiques socio démographiques					
Age	28,7 ± 5,28	24,5 ± 4,69	39,45 ± 12,47	F = 11,20	< 0,001
Genre *(féminin)*	88,9% (32)	100% (16)	80% (16)	$\chi 2$ = 3,60	0, 11 (NS)
Statut marital *(célibataire ou séparé)*	66,7 % (24)	68,8 % (11)	65 % (13)	$\chi 2$ = 0,04	1,00 (NS)
Niveau d'étude ***(baccalauréat et plus)***	69,44% (25)	81,3 % (13)	60 % (12)	$\chi 2$ = 2,34	0,28 (NS)
Variables relatives au poids					
Poids actuel	70,38 ± 17,87	45,72 ± 7,90	95,04 ± 27,83	F = 8,50	< 0,001
IMC actuel	25,12 ± 4,39	18,83 ± 2,66	35,38 ± 10,91	F = 9,44	< 0,001
Prise en charge actuelle					
Suivi multidisciplinaire	75% (27)	87,5% (14)	72,2 % (13)	$\chi 2$ = 2,40	0,24 (NS)
ATCD d'hospitalisation	55,6% (20)	62,5% (10)	62,5% (10)	$\chi 2$ = 0,97	0,49 (NS)
Traitement psychotrope	75% (27)	62,5% (10)	85 % (17)	$\chi 2$ = 2,40	0,15 (NS)

Les patients de la population de l'étude souffrant d'hyperphagie boulimie ou de boulimie nerveuse avaient un **âge** et un **IMC** significativement plus élevés que ceux souffrant d'anorexie mentale (**âge : F = 11,20 ; p < 0,001) (IMC : F = 8,50 ; p< 0,001).**

(1) Caractéristiques et inconvénients du suivi en consultation en ambulatoire

75% de l'ensemble de la population cible avait un **suivi multidisciplinaire** (≥2 professionnels de santé).

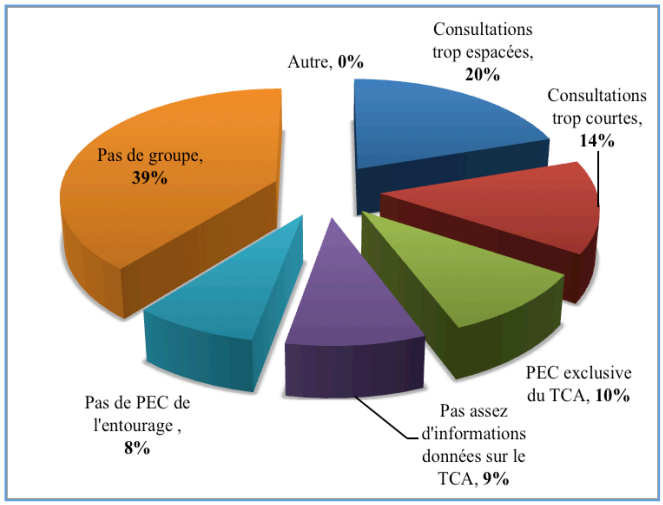
Figure 4 - Professionnels de santé prenant en charge la population de l'étude



Les **professionnels de santé** prenant en charge le plus fréquemment les patients souffrant d'un TCA en ambulatoire étaient :

- le **psychiatre ;**
- le **médecin généraliste ;**
- le **nutritionniste.**

Figure 5 - Inconvénients liés au suivi en consultation ambulatoire



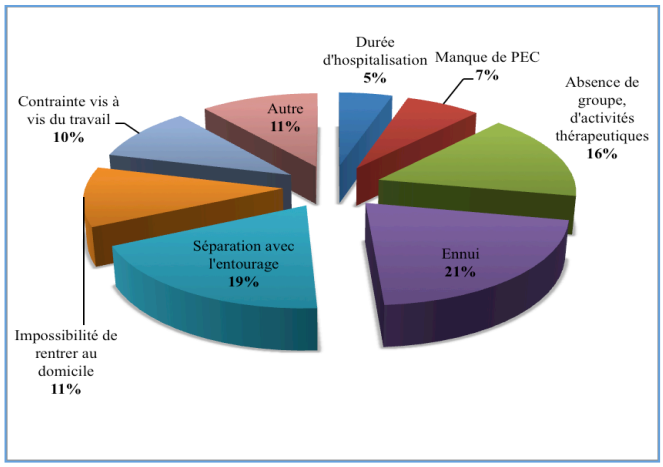
Les deux principaux **inconvénients** du suivi en consultation en ambulatoire étaient selon les patients :

- **absence de groupe ;**
- **consultations trop espacées.**

(2) Caractéristiques et inconvénients de la prise en charge en hospitalisation temps plein

Plus de la moitié des patients de notre échantillon **(55,56 %)** avaient déjà été hospitalisée à temps plein. La majorité des hospitalisations s'était déroulée dans le **service de médecine interne/nutrition (90%)**.

Figure 6 - Inconvénients de l'hospitalisation temps plein selon la population de l'étude



95 % des patients ayant déjà été hospitalisés rapportaient des **inconvénients** à cette hospitalisation temps plein.

Les **inconvénients principaux** décrits par les patients sont :

- **l'ennui ;**
- **la séparation avec l'entourage ;**
- **l'absence de groupes/activités thérapeutiques.**

b. Résultats aux échelles d'autoévaluation

Tableau 8 - Résultats aux échelles d'autoévaluation et comparaison entre les groupes anorexie mentale et hyperphagie boulimique/boulimie nerveuse

	AN (N = 16)	BN et BED (N = 20)	Test statistique	*p*
EMAQ (alimentation émotionnelle)				
Moyenne des émotions +	5,23 ± 1,07	3,90 ± 1,78	F = 10,10	< 0,01
Confiant	5,13 ± 1,46 (N=15)	3,87 ± 1,36 (N = 15)	F = 0, 127	< 0,05
Heureux	5,25 ± 1,81 (N = 16)	3,82 ± 1,91 (N = 17)	F = 1,32	< 0,05
Moyenne des émotions –	4,03 ± 1,46	6,07 ± 1,96	F = 1,11	< 0,01
Tristesse	3,44 ± 1,55 (N = 16)	6,47 ± 2,29 (N = 19)	F = 8,70	< 0,001
Colère	3,50 ± 1,90 (N = 16)	6,00 ± 2,22 (N = 18)	F = 0,30	< 0,01
Anxieux	3,69 ± 2,06 (N = 16)	6,39 ± 2,66 (N = 18)	F = 1,33	< 0,01
Frustration	4 ,00 ± 1,97 (N = 16)	6,79 ± 1,84 (N = 19)	F = 0,012	< 0,001
Fatigue	4,06 ± 1,98 (N = 16)	5,56 ± 1,89 (N = 18)	F = 0,41	< 0,05
Déprime	3,69 ± 2,30 (N = 16)	,39 ± 2,52 (N = 18)	F = 1,07	< 0,01
Moyenne des situations +	5,08 ± 0,95	3,98 ± 2,00	F = 4,91	< 0,05
Moyenne des situations –	3,86 ± 1,74	5,41 ± 2,22	F = 1,38	< 0,05
Rupture	4,33 ± 2,23 (N = 15)	6,50 ± 2,68 (N = 16)	F = 0,47	< 0,05
STAY-B (anxiété trait)	50,31 ± 12,54	55,10 ± 13,53	F = 0,00	0,28 (NS)
UPPS (impulsivité)				
Urgence	9,12 ± 2,47	9,35 ± 2,80	F = 0,039	0,80 (NS)
Urgence +	11,44 ± 2,28	11,10 ± 2,29	F = 0,015	0,66 (NS)
Manque de préméditation	6,81 ± 2,20	8,40 ± 2,64	F = 0,41	0,06 (NS)
Manque de persévérance	6,00 ± 1,79	8,15 ± 2,39	F = 0,79	< 0,01
Recherche de sensation	11,44 ± 3,37	8,45 ± 3,09	F = 0,17	< 0,01

Les patients souffrant d'anorexie mentale avaient significativement tendance à **manger plus** que les patients souffrant d'hyperphagie boulimie ou de boulimie nerveuse lors de ressenti **d'émotions positives (F = 10,10 ; p < 0,01)** et lors de **situations positives (F = 10,10 ; p < 0,01)**. Les patients souffrant d'hyperphagie boulimique ou de boulimie nerveuse avaient tendance à **manger significativement plus** que les patients souffrant d'anorexie mentale lors du ressenti **d'émotions négatives (F = 1,11 ; p < 0,01) et lors de situations négatives**
(F = 1,11 ; p < 0,01).

Les patients souffrant d'hyperphagie boulimique ou de boulimie nerveuse manquaient significativement plus de **persévérance** que les patients souffrant d'anorexie mentale **(F = 0,79 ; p<0,01).** Les patients souffrant d'anorexie mentale étaient quant à eux significativement plus en **recherche de sensations** que les patients souffrant d'hyperphagie boulimique ou de boulimie nerveuse **(F = 0,17 ; p < 0,01).**

3. Attentes de la population de l'étude concernant l'hôpital de jour

a. Variables associées au fait de percevoir l'hôpital de jour comme utile

Tableau 9 - Variables associées au fait de percevoir l'hôpital de jour comme utile

	Utilité HDJ (N= 28)	Pas d'utilité HDJ (N = 8)	Test Statistique	*p*
Caractéristiques sociodémographiques				
Age	34,93 ± 12,34	25,4 ± 9,21	F = 1,73	< 0,05
Genre (femme)	78,1% (25)	22,9 % (7)	$\chi2$ = 0,02	1 (NS)
Statut marital (célibataire)	75 % (18)	25 % (6)	$\chi2$ = 0,04	1 (NS)
Niveau d'étude (baccalauréat)	84 % (21)	16 % (4)	$\chi2$ = 2,31	0,21 (NS)
Variables relatives au poids				
Poids	78,01 ± 32,93	55,99 ± 26,66	F = 2,13	0,09 (NS)
IMC	29,29 ± 12,91	19,57 ± 6,91	F = 5,40	< 0,05
Type de TCA (anorexie mentale)	62,5% (10)	37,5% (6)	$\chi2$ = 3,89	0,1 (NS)
Prise en charge actuelle				
Suivi multidisciplinaire (N = 27)	71,4% (20)	25,9% (7)	$\chi2$ = 0,85	0,65 (NS)
Traitement psychotrope (N = 27)	85,2% (23)	14,8% (4)	$\chi2$ = 3,43	0,09 (NS)
Antécédent d'hospitalisation (N = 20)	53,8% (15)	25% (5)	$\chi2$ = 0,00	0,67 (NS)
Echelles				
EMAQ (alimentation émotionnelle)				
Moyenne situation +	4,27 ± 1,84	5,17 ± 0,78	F = 4,03	0,19 (NS)
Moyenne situation –	4,84 ± 2,27	4,25 ± 1,66	F = 1,27	0,50 (NS)
Moyenne émotion +	4,35 ± 1,80	4,95 ± 0,67	F = 8,5	0,16 (NS)
Moyenne émotion –	5,39 ± 2,14	4,38 ± 1,30	F = 3,06	0,21 (NS)
UPPS (impulsivité)				
Urgence	9,43 ± 2,73	8,63 ± 2,26	F = 0,17	0,45 (NS)
Urgence +	11,14 ± 2,21	11,63 ± 2,56	F = 0,38	0,60 (NS)
Manque de préméditation	7,89 ±2,45	7,38 ± 2,13	F = 0,68	0,69 (NS)
Manque de persévérance	7,39 ± 2,45	6,50 ± 2,07	F = 0,33	0,36 (NS)
Recherche de sensation	9,04 ± 3,28	12,38 ± 3,16	F = 0,01	< 0,05
STAY-B (anxiété trait)	54,18 ± 13,44	48,75 ± 11,83	F = 0,01	0,31 (NS)

Les patients percevant l'hôpital de jour comme utile avaient un **IMC** et **un âge** significativement plus élevés que les patients ne percevant pas l'hôpital de jour comme utile, respectivement **(F = 5,40, p < 0,05)** et **(F = 1,73, p < 0,05).**

Les patients ne percevant pas l'hôpital de jour comme utile étaient significativement plus en **recherche de sensation** que les patients percevant l'hôpital de jour comme utile **(F = 0,01, p < 0,05).**

b. Modalités de prise en charge en hôpital de jour selon les patients

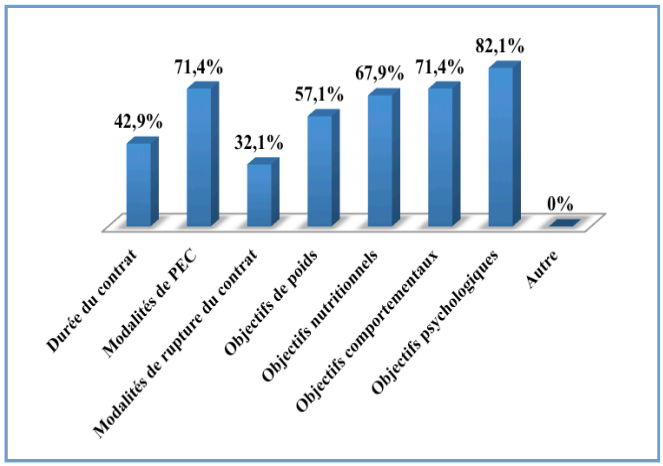
Tableau 10 - Statistiques descriptives : attentes des patients concernant les modalités de prise en charge en hôpital de jour

	Echantillon total (N= 28)	*AM*	*BN et BED*	*Test statistique*	*p*
Utilité HDJ	77,8% (28)	62,5% (10)	90 % (18)	$\chi2$ = 3,89	0,10 (NS)
Contrat thérapeutique	89,3% (25)	80% (8)	88,9% (17)	$\chi2$ = 1,40	0,28 (NS)
Groupes /activités thérapeutiques	92,9% (26)	80% (8)	100 % (18)	$\chi2$ = 3,88	0,12 (NS)
Repas thérapeutiques	78,6% (22)	80% (8)	77,78 % (14)	$\chi2$ = 0,02	1,00 (NS)
Habiletés sociales	92,9% (26)	90% (9)	94,44 % (17)	$\chi2$ = 0,19	1,00 (NS)
Prise en charge familiale	67,9% (19)	90% (9)	55,55 % (10)	$\chi2$ = 3,5	0,1 (NS)

(1) Caractéristiques descriptives : le contrat thérapeutique

89,3 % des patients percevaient la mise en place d'un **contrat thérapeutique** lors de la prise en charge en hôpital de jour comme utile. **66,7 %** (N = 16) des patients pensaient que la **durée** de ce contrat devrait être comprise **entre 1 et 3 mois**.

Figure 7 - Critères du contrat thérapeutique selon les patients



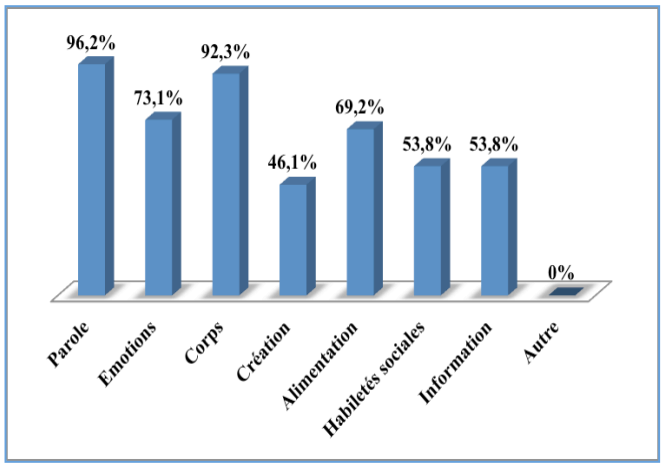
Les critères les plus retenus par les patients pour la composition du contrat thérapeutique étaient :

- les **objectifs psychologiques comportementaux** et **nutritionnels ;**
- les **modalités de prise en charge**.

(2) Caractéristiques descriptives : les groupes/activités thérapeutiques

- **92,9%** des patients percevaient la mise en place de **groupe et d'activité thérapeutique** comme utile dans la prise en charge en hôpital de jour.
- **69,2%** souhaitaient que ces groupes ou ces activités thérapeutiques soient **ouverts** à l'accueil de nouveaux patients.
- **100%** des patients préféraient que ces groupes soient composés **de moins de 10 patients**.

Figure 8 - Groupes et activités thérapeutiques selon les patients



Les groupes et activités thérapeutiques les plus retenus par les patients étaient :

- les **groupes de parole ;**
- les activités thérapeutiques autour du **corps**, des **émotions** et de l'**alimentation.**

(3) Caractéristiques descriptives : les repas thérapeutiques

78,6% (N = 22) des patients percevaient les **repas thérapeutiques** comme utiles dans la prise en charge en hôpital de jour. La majorité des patients **(77,3%, N = 17)** souhaitait que ces repas se déroulent en **groupe de 5-10 patients accompagnés de 1-2 soignants** à table. **36,4%** préféraient des **plateaux individuels**, de même **36,4%** préféraient un **plat commun** et **27,7%** souhaitaient un **self service**.

4. Soins actuellement proposés en hôpital de jour spécialisé vs. attentes de la population de l'étude

Tableau 11 - Associations statistiques entre les modalités de prises en charge en hôpital de jour et les attentes des patients

	Patient (%, N) (N total= 28)	HdJ (%, N) (N total = 15)	Test statistique χ^2	*p*
Contrat thérapeutique	89,3% (25)	40% (6)	χ^2 = 11,79	< 0,001
Groupe thérapeutique	92,9% (26)	93,33% (14)	χ^2 = 0,003	1,00 (NS)
Parole	96,2% (25)	100% (14)	χ^2 = 0,55	1,00 (NS)
Emotions	73,1% (19)	93,9% (13)	χ^2 = 0,004	1,00 (NS)
Corps	92,3% (24)	100% (11)	χ^2 = 0,89	1,00 (NS)
Création	46,2% (12)	78,6% (11)	χ^2 = 3,91	< 0,05
Alimentation	69,2% (18)	100% (11)	χ^2 = 5,39	< 0,05
Habiletés sociales	53,8% (14)	50 % (7)	χ^2 = 0,05	0,82 (NS)
Information/psychoéducation	53,8% (14)	57,1% (8)	χ^2 = 0,04	0,84 (NS)
Taille des groupes (< 10 patients)	57,7% (15)	78,6 % (11)	χ^2 = 1,74	0,3 (NS)
Repas thérapeutique	84,6% (22)	93,3% (14)	χ^2 = 1,56	0,39 (NS)
Seul accompagné d'un soignant	4,8% (1)	42,9% (6)	χ^2 = 8,02	< 0,01
En groupe de 5 à 10 personnes et 1-2 soignants à table	77,3 % (17)	71,4% (10)	χ^2 = 0,16	0,71 (NS)
En groupe de 5-10 personnes sans soignants à la table	9,1% (2)	28,6% (4)	χ^2 = 2,34	0,18 (NS)
Plateau individuel	36,4 % (8)	85,7% (12)	χ^2 = 5,25	< 0,01
Prise en charge familiale	67,9% (19)	100% (11)	χ^2 = 4,60	< 0,05

Il existe une différence significative entre les modalités de prise en charge hôpital de jour et les attentes des patients concernant la mise en place d'un **contrat thérapeutique (χ^2 = 11,79 ; p< 0,001)** et la **prise en charge familiale (χ^2 = 4,60 ; p< 0,05**). Les patients étaient plus en demande de la mise en place d'un contrat thérapeutique que ce qui est proposé en hôpital de jour. La prise en charge familiale était plus proposée par les structures que ce que ne le souhaitaient les patients.

Les patients voulaient significativement **moins manger seuls** que ce que ne le proposaient les structures **(χ^2 = 1,56 ; p < 0,01),** par ailleurs les structures proposaient significativement plus de plateaux individuels que ce que ne le souhaitaient les patients **(χ^2 = 5,25 ; p<0,01).**

IV. Discussion

A. Interprétation des résultats

1. Etude 1

L'objectif principal de notre étude n°1 était de réaliser un état des lieux des hôpitaux de jour en France prenant en charge de manière spécialisée les patients souffrant d'un TCA. 15 structures de ce type, parmi lesquelles 4 structures d'évaluation, ont répondu au questionnaire. A notre connaissance, le premier hôpital de jour spécialisé à avoir été créé en France est le **Centre Barbara à Nantes**, en **1999** (122). Ce n'est qu'**à partir de 2005**, que nous avons pu constater une croissance importante de ce type d'unité puisque **leur nombre a été multiplié par trois**. Le retard de développement des hôpitaux de jour, également repéré dans la littérature internationale (95,105), peut s'expliquer à la fois par l'identification tardive des TCA comme maladie mentale dans la nosographie internationale et l'introduction récente de l'hôpital de jour comme une étape de parcours de soin par l'HAS en 2010 (13).

Par ailleurs, nous avons pu constater de fortes inégalités territoriales ainsi que la présence de territoires géographiques dépourvus de ce type de structure tel que la **Normandie** et la région **Centre Val de Loire**.

Enfin, de cette première étude ressort des caractéristiques communes et des différences entre les hôpitaux de jour prenant en charge spécifiquement les patients souffrant d'un TCA.

❖ **Eléments communs aux hôpitaux de jour spécialisés**

- Sur le plan de leur fonctionnement, 66,7% des hôpitaux de jour étaient ouverts 5 jours sur 7, majoritairement entre 9h à 17h. Une **évaluation préalable multidisciplinaire** était réalisée dans **100%** des structures. Concernant les modalités de prise en charge, tous les hôpitaux de jour recensés proposaient une **prise en charge pluridisciplinaire**. Les équipes professionnelles associaient le plus souvent : psychiatre (100%), psychologue (93,3%), diététicien(ne) (86,7%), IDE (100%), secrétaire (86,7%) et cadre soignant (86,7%). La notion **d'interactivité et de transversalité avec les autres services** apparaît importante puisque

86,7% de ces hôpitaux de jour travaillent avec des services spécialisés en particulier de **nutrition** et de **gastro-entérologie**.

- Ces unités s'accordaient également sur **les indications** et **les contre-indications** de prise en charge.

Indications	Contre-indications
- présence d'un TCA avec retentissement sur la vie quotidienne ; - préparation à une hospitalisation temps plein ; - relais d'une hospitalisation temps plein ; - motivation face au changement et implication dans la prise en charge.	- décompensation aigüe d'une comorbidité psychiatrique ; - potentiel suicidaire évalué à élevé ; - complications médicales sévères nécessitant une hospitalisation à temps plein ; - IMC < 14kg/m^2.

La dernière indication est supportée par un nombre croissant d'études s'intéressant à l'importance pronostic de l'étape du changement chez les patients souffrant d'un TCA (123).

Enfin l'abus de substance comme contre-indication était quant à lui moins rapporté que dans les hôpitaux de jour internationaux ayant publié, probablement lié au fait que la majorité des hôpitaux de jour spécialisés Français prenait également en charge les addictions non comportementales.

- Concernant les soins, nous retrouvons :
  - Dans **93,3% des structures des groupes/activités thérapeutiques** composés dans **100%** des cas de **moins de 10 patients** semblablement à la littérature internationale (95), les petits groupes permettant à la fois la mise en place d'interactions de groupe positives et un travail individuel.

  - Dans **93,3% de repas thérapeutiques** qui se déroulaient principalement **en groupe de 5-10 patients accompagnés de 1 à 2 soignants**. Les **plateaux individuels** étaient privilégiés. Aucune étude à ce jour n'a comparé le déroulement du repas thérapeutique et son efficacité.

- Enfin, en accord avec la littérature (71,72) et les recommandations internationales (13,60,116), la prise en charge familiale était **systématiquement proposée**, excepté dans les hôpitaux de jour d'évaluation. Elle pouvait prendre différentes formes : entretiens familiaux, thérapie familiale, groupe de parole ou d'information parentale.

L'ensemble de ces résultats français est en accord avec les données de la littérature internationale (95,105).

❖ **<u>Différences parmi les hôpitaux de jour spécialisés</u>**

De cet état des lieux émergent des différences entre les hôpitaux de jour spécialisés Français, pour certaines semblables à celles de la littérature internationale (95,105).

- Premièrement, l'intensité de la prise en charge était souvent variable et moins intense que celle proposée en internationale : la fréquence de participation variait de **1 à 6 sessions par semaine** en France contre 3 à 7 sessions en international (95,105). A ce jour, nous avons retrouvé deux articles menés sur l'intensité des soins en hôpital de jour, ceux-ci suggèrent une meilleure efficacité d'une prise en charge de 5 jours vs. 4 jours en hôpital de jour (91,92).

- Deuxièmement, concernant les modalités de prise en charge, nous pouvons constater que même si l'orientation psychothérapeutique est majoritairement **cognitivo-comportementale (66,7%)** et **motivationnelle (73,33%)** certains hôpitaux de jour privilégiaient l'abord **psychanalytique (33,3%).** Ceci est probablement lié au fait qu'à ce jour, l'efficacité de la prise en charge cognitivo-comportementale a été objectivée dans la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique, ce qui n'est pas le cas pour l'anorexie mentale, principal TCA pris en charge dans les hôpitaux de jour, pour lequel il n'existe pas de recommandation de prise en charge psychothérapeutique (63).

- Ensuite, **33,3%** des hôpitaux de jour de notre étude proposaient la mise en place d'un **contrat thérapeutique** contrairement aux hôpitaux de jour internationaux ayant publié qui le proposaient systématiquement (95,105). Cette différence peut être liée au fait que nous avons inclus des hôpitaux de jour d'évaluation mais également que le contrat thérapeutique comme soin est encore peu décrit pour la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique.

- Enfin, les hôpitaux de jour en France comme en international, ont développé un panel de groupes/activités thérapeutiques. Certains d'entre eux sont retrouvés dans une grande majorité des hôpitaux de jour comme : les groupes de parole, d'affirmation de soi, la relaxation, les ateliers de gestion des émotions, les ateliers cuisine, ou encore les groupes d'exposition à l'image du corps.

D'autres diffèrent d'un hôpital de jour à un autre. Nous pourrions citer les activités à médiation, comme par exemple les ateliers d'arthérapie, de danse-thérapie, la gymnastique douce, le théâtre, la fascia-thérapie, les groupes de mindfulness etc.

Chaque centre semble faire ses propres choix dans l'instauration des groupes et activités thérapeutiques ; choix certainement basés sur les connaissances de l'équipe professionnelle, les références actuellement disponibles et les contraintes locales. Néanmoins, à ce jour peu d'études évaluent l'efficacité de ces différentes activités thérapeutiques chez les patients souffrant d'un TCA.

L'***objectif secondaire*** de notre étude était de comparer la prise en charge dans ces unités à celle proposée dans les hôpitaux de jour spécialisés. Parmi les 32 hôpitaux de jour prenant en charge les patients souffrant d'un TCA, 27 ne prenaient pas en charge de manière spécialisée ce type de trouble. Cette comparaison a objectivé qu'il n'existait pas de différence significative entre ces deux types d'unité hormis sur l'orientation thérapeutique. En effet, les hôpitaux de jour spécialisés réalisaient, dans notre étude, **significativement plus de prise en charge motivationnelle** que les hôpitaux de jour généraux **($\chi 2 = 7,43$; $p < 0,05$)**. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les unités spécialisées sont certainement plus récentes, de même que la formation de l'équipe à l'entretien motivationnel, orientation thérapeutique d'apparition récente. Par ailleurs les TCA, comme nous l'avons vu précédemment ont pour certain une dimension addictive pour laquelle l'entretien motivationnel est particulièrement utile.

Au-delà de cette différence significative, nous ne retrouvons aucune autre différence entre ces deux types d'unités, suggérant ainsi une **homogénéité de prise en charge**. Néanmoins nous pouvons supposer qu'il existe des différences en terme de formation des équipes professionnelles et de spécificité de prise en charge. Il serait intéressant d'évaluer l'efficacité et la satisfaction des patients concernant la prise en charge en hôpital de jour spécialisé vs. général. Probablement que la différence tendrait à aller vers une meilleure efficacité des prises en charge en hôpital de jour spécialisé.

Au total, l'état des lieux des hôpitaux de jour spécialisés en France prenant en charge les patients souffrant d'un TCA permet d'avoir un **regard global sur le fonctionnement de ces structures mais ne permet pas d'identifier précisément les lignes directrices univoques de ce type de stratégie thérapeutique**, en particulier, de l'intensité du traitement et des moyens thérapeutiques utilisés. Ce constat ressort également de l'état des lieux des hôpitaux de jour internationaux ayant publié, repris dans le **tableau 1**. **Des recommandations seraient nécessaires afin de définir les différents aspects de la stratégie thérapeutique** et de rendre les hôpitaux de jour spécialisés plus homogènes et ainsi comparables. Enfin, le développement d'études investiguant **d'autres dimensions de fonctionnement et de prises en charge plus spécifiques** serait intéressant afin de compléter cette étude préliminaire.

2. Étude 2

L'objectif principal de notre seconde étude était d'évaluer l'utilité d'une prise en charge en hôpital de jour chez les patients souffrant d'un TCA suivis en consultation en ambulatoire, en déterminant quel était le profil des patients pour lesquels cette prise en charge était perçue comme utile.

Cette étude montre une **perception d'utilité de l'hôpital de jour** pour la majorité des patients interrogés **(77,8%).** Elle révèle par ailleurs que les patients percevant l'hôpital de jour comme utile étaient **significativement plus âgés** et avaient **un indice de masse corporelle (IMC)** plus important que les patients ne percevant pas l'hôpital de jour comme utile. Cette différence significative peut s'expliquer par le fait que les patients percevant ce type de prise en charge comme utile avaient tendance à plus être les patients souffrant d' hyperphagie boulimique ou de boulimie nerveuse que les patients souffrant d'anorexie mentale **($\chi 2$= 3,89 ; p = 0,1)**. L'anorexie mentale se manifestant souvent par une banalisation ou un déni des troubles et donc une faible motivation au changement, ce qui va dans le sens de notre seconde hypothèse. Néanmoins, de cette étude ne ressortait pas de profil type de patient percevant les hôpitaux de jour comme utile en terme de prise en charge actuelle, d'impulsivité hormis pour la recherche de sensations, d'anxiété trait ou d'alimentation émotionnelle.

Selon nous, la perception de l'hôpital de jour comme utile par les patients de notre échantillon peut s'expliquer par différents facteurs :

- les inconvénients des consultations ambulatoires et de l'hospitalisation temps plein. Dans notre étude **96,8%** des patients rapportent des **inconvénients au suivi en consultation en ambulatoire** comme : **la moindre fréquence des consultations** et **l'absences de groupe/activités thérapeutiques.**

  Par ailleurs, parmi les 55,6% des patients ayant déjà été hospitalisés, **95%** ont perçu des **inconvénients** à ce type de prise en charge, en particulier : **l'ennui, l'absence de groupes/activités thérapeutique et la séparation avec entourage/l'environnement habituel.** Ces limites sont également celles retrouvées dans les articles comparant la prise en charge en hôpital de jour vs. les consultation ambulatoires (104) ou l'hospitalisation à temps plein (103,113–115) ;

- l'absence de structure spécialisée (hospitalisation complète, de jour, ou suivi en consultation en ambulatoire) dans la **région Centre Val de Loire** peut influencer la perception de l'hôpital de jour comme utile par les patients n'ayant pas accès à des unités spécialisées au sein de notre région ;

- enfin, l'alliance thérapeutique existante entre le patient et l'équipe professionnelle influence très probablement la compliance au soin et le sentiment d'utilité de l'hôpital de jour.

Les objectifs secondaires étaient de comparer les attentes des patients et les outils thérapeutiques proposés par les hôpitaux de jour spécialisés. Des différences significatives ont pu être mises en évidence :

- Concernant la mise en place d'un *contrat thérapeutique* : dans notre étude les **patients étaient significativement plus en attente de cet outil thérapeutique** que ce que ne le proposaient les unités Françaises, puisque **89,3%** des patients pensaient que ce type de soins serait utile.

Le contrat thérapeutique, pour les patients, semblait être un moyen de mettre en place des objectifs thérapeutiques (comportementaux, nutritionnels, psychologiques en particulier) ainsi que les modalités de prise en charge, fixant ainsi le cadre de soin avec l'équipe soignante.

Néanmoins les hôpitaux de jour spécialisés ne le proposaient pas tous, nous pouvons suggérer que ce constat peut être lié à différents facteurs :

- l'ouverture progressive de la prise en charge en hôpital de jour aux patients souffrant de boulimie nerveuse et d'hyperphagie boulimique pour lesquels la pertinence du contrat thérapeutique est peu décrite contrairement à l'anorexie mentale (124). Toutefois, nous pouvons penser que ce type de soin peut s'avérer utile dans leur prise en charge du fait de leur utilisation régulière dans le domaine des pathologies addictives. Il semble être un outil intéressant dans ce type de trouble inscrivant ainsi un projet thérapeutique dans la durée et ouvrant une temporalité souvent collabée dans les conduites addictives ;
- la présence d'hôpitaux de jour d'évaluation ne recevant que ponctuellement les patients souffrant d'un TCA en vue d'une évaluation pour laquelle la mise en place d'un contrat thérapeutique ne semble pas pertinente, les soins ne s'inscrivant pas dans la durée.

- Concernant les *groupes autour de l'alimentation* et *le déroulement des repas*. Les **patients étaient significativement moins demandeurs de groupe autour de l'alimentation et préféraient les repas en groupe de petite taille** accompagnés de soignants plutôt que seul accompagné d'un soignant avec un plateau individuel, modalité qui est le plus fréquemment proposée par les hôpitaux de jour. Nous pouvons interpréter ce constat par le fait que les patients ne souhaitaient pas se centrer sur les symptômes alimentaires dans un contexte de faible motivation au changement ou encore que notre échantillon était composé d'une grande majorité de patients souffrant d'hyperphagie boulimique alors que la majorité des structures étaient orientées anorexie mentale et boulimie nerveuse.

- La *prise en charge en charge familiale.* **Les patients étaient moins demandeurs de ce type de prise en charge** que ce que ne le proposait les structures. Ce résultat est très probablement lié aux caractéristiques de notre échantillon qui incluait de nombreux patients souffrant d'hyperphagie boulimique contrairement aux hôpitaux de jour spécialisés qui accueillaient majoritairement des patients souffrant d'anorexie mentale pour lesquels la prise en charge familiale est indispensable.

Au cours de cette étude nous avons également pu percevoir d'importantes attentes des patients concernant leur prise en charge. Ce constat repose sur le fort taux de réponse obtenu

à notre questionnaire puisque **87,8%** des patients ont répondu à notre questionnaire parmi lesquels **plus des trois quarts** percevaient l'hôpital de jour comme une structure utile. **Toutes les prises en charge proposées** étaient également perçues comme utile par les patients :

- **89,3%** des patients percevaient le **contrat thérapeutique** comme utile,
- **84,6%** pour les **repas thérapeutiques**,
- **92,9%** pour les **groupes et activités thérapeutiques**,
- **67,9%** étaient pour une **prise en charge familiale** et enfin **92,9%** percevaient le travail autour des **habiletés sociales** comme nécessaires.

Enfin, **96,4%** des patients pensaient que cela serait **intéressant de rencontrer au sein de cette structure d'autres patients souffrant de TCA différents.**

L'ensemble de ces résultats confirment les besoins importants dans ce domaine et soulève l'écart entre les fortes attentes des patients concernant la prise en charge de leur TCA et le faible nombre de structures spécialisées.

B. Perspectives

1. Développement des hôpitaux de jour

Nous avons montré, par l'intermédiaire de notre partie théorique, l'intérêt de développer les hôpitaux de jour spécialisés dans la prise en charge des patients souffrant d'un TCA de par leurs avantages, leur efficacité mais également par les limites imposées par l'hospitalisation à temps plein et le suivi en consultation en ambulatoire, également perçues par la population de notre étude. Les auto-questionnaires proposés aux patients confirment cet intérêt puisque plus des trois quart de notre population, quel que soit le profil de patient, perçoit ce type d'unité ainsi que les soins qui y sont proposés comme utiles mettant en avant les fortes attentes des patients concernant la prise en charge de leur TCA.

Toutefois, l'état des lieux des hôpitaux de jour en France nous a permis de constater qu'il n'existait pas de modèle prédéfini d'hôpital de jour spécialisé. Ce constat se retrouve également dans la littérature internationale (95,105). En effet, les modalités de fonctionnement de ces unités semblent, d'une part, s'appuyer sur des éléments objectifs de la littérature permettant le développement d'éléments communs aux hôpitaux de jour et d'autre

part tendent à s'adapter aux connaissances des équipes professionnelles et aux contraintes locales de chaque hôpital de jour responsable d'une certaine diversité de prise en charge.

Par ailleurs, cette étude nous a permis de mettre en évidence une hétérogénéité de répartition de ce type de structure sur le territoire Français, venant soutenir le rapport de l'AFDAS-TCA (74). Deux régions sont à notre connaissance dépourvues de ce type d'unité : la Normandie et le Centre Val de Loire. Dans ce contexte, il nous a semblé intéressant de proposer des recommandations pour le développement d'un hôpital de jour dans la région Centre Val de Loire qui regroupe 2,56 millions d'habitant au 1er janvier 2013. Cet hôpital de jour aurait pour objectif :

- de proposer un lieu d'accueil, d'échange pour les patients, d'étayage des soins et de coordination des différents professionnels de santé ;
- d'allier des soins intensifs à une prise en charge ambulatoire et multidisciplinaire comme préconisés par les recommandations internationales (13,59,60).
- d'améliorer et de diversifier l'offre de soins déficitaire dans la région, tout en participant à la réduction des coûts financiers.

2. Proposition de recommandations pour le développement d'un hôpital de jour spécialisé en région Centre Val de Loire

a. L'équipe pluriprofessionnelle

- *Constitution de l'équipe pluriprofessionnelle*

Un préalable au développement de cet hôpital de jour spécialisé serait la constitution d'une équipe multidisciplinaire formée à la prise en charge des patients souffrant d'un TCA comme préconisée par l'HAS (13). Cette équipe doit associer psychiatre/addictologue, nutritionniste, infirmière, psychologue, diététicien, et assistante sociale pour permettre une prise en charge optimale du patient. Il s'agirait d'une équipe inclue dans un réseau de soin facilement identifiable par l'ensemble des professionnels de santé à même de prendre en charge les patients souffrant d'un TCA (médecins généralistes, psychiatres libéraux, nutritionnistes, etc.).

La notion d'interactivité et de transversalité de cette équipe avec les équipes du service de médecine interne et de psychiatrie serait indispensable afin de gérer de façon coordonnée les situations médicales ou psychiatriques complexes.

- *Les objectifs de cette équipe*

Nous pouvons suggérer que les principaux objectifs de l'équipe professionnelle seraient :

- déterminer un référent dans la prise en charge pour établir et maintenir une collaboration étroite entre les différents professionnels de santé permettant de garantir une cohérence de prise en charge ;
- maintenir une alliance thérapeutique avec le patient et sa famille ;
- nous pourrions également suggérer un rôle d'information et de formation spécifique des intervenants de première ligne, notamment des médecins généralistes et des infirmières scolaires qui ont de vraies possibilités de repérage précoce.

- *Evaluation préalable multidisciplinaire*

Une évaluation préalable transnosographique nous semble nécessaire afin :

1. de se représenter l'état global du patient, la sévérité du TCA et ainsi repérer toute situation d'urgence somatique et/ou psychiatrique qui pourrait indiquer une hospitalisation à temps plein ;

2. d'adapter les modalités de prise en charge au profil du patient, aux comorbidités psychiatriques et non seulement au type de TCA. Pour cela nous pourrions envisager dans la réalisation du bilan d'entrée :
   - un bilan neuropsychologique ;
   - l'utilisation d'auto questionnaire selon chaque patient et dans certain cas sa famille ;
   - évaluer le fonctionnement social, scolaire, professionnel pour situer au mieux le patient dans ses interactions de la vie quotidienne.

- *Indications et contre-indications :*

Indications	Contre-indications
- présence d'un TCA (anorexie mentale, boulimie nerveuse, hyperphagie boulimique, TCA non spécifiés) avec retentissement sur la vie quotidienne ; - motivation face au changement et implication dans la prise en charge ; - préparation à une hospitalisation temps plein ; - relais d'une hospitalisation temps plein ; - relais d'un suivi en consultation ambulatoire.	- décompensation aigüe d'une comorbidité psychiatrique ; - potentiel suicidaire évalué à élevé ; - complications médicales sévères nécessitant une hospitalisation à temps plein.

- *Les modalités de prise en charge :*

- Dans un premier temps un travail autour de la motivation et de la demande de soins afin de préciser les attentes du patient et les objectifs thérapeutiques devrait être réalisé. Ces objectifs pourront déboucher sur l'établissement d'un contrat thérapeutique entre le patient et l'équipe soignante.

- Il semble indispensable de mettre en place une approche intégrative dans la prise en charge des patients. L'évaluation transnosographique permettrait d'adapter et de graduer les modalités de prises en charge à chaque patient.

- Concernant le type de prise en charge psychothérapeutique, il serait à adapter à chaque patient. Une prise en charge motivationnelle dès le début des soins pourrait être mise en place, puis l'accès aux thérapies cognitivo-comportementale et familiales serait à envisager en fonction de chaque patient. Elles pourraient être dispensées en individuelle et en groupe.

- La mise en place d'un contrat thérapeutique dont la durée serait à adapter à chaque patient nous semble nécessaire. Il serait réalisé conjointement entre l'équipe professionnelle, le patient et dans certain cas la famille. Cet outil thérapeutique permettrait de préciser les modalités de prise en charge, les objectifs à adapter à chaque patient et à l'évolution de son trouble, la durée de la prise en charge, la possibilité ou non de renouvellement du contrat, les éléments de rupture du contrat.

- Les repas thérapeutiques : chaque demi-journée de prise en charge proposerait systématiquement un repas. Nous pourrions imaginer que ces repas se déroulent sur le temps du déjeuner (+/- d'une collation) accompagnés de soignants dans une salle commune. Un plat commun nous semble actuellement le plus approprié au vu des attentes des patients. Des sorties à l'extérieures pour déjeuner pourraient également être envisagées ainsi que des repas familiaux comme proposés par certains des patients de notre échantillon.

- Les prises en charge sur l'hôpital de jour se feraient essentiellement en groupe. Ces groupes regrouperaient :
    - o des groupes d'expression afin de mettre en mot les difficultés ou sensations ;
    - o un travail plus cognitif pourrait être intéressant avec des groupes autour des fausses croyances et les distorsions cognitives ;
    - o des groupes d'affirmation de soi et motivationnel ;
    - o des groupes avec des approches corporelles nous paraitraient intéressants travaillant autour de la prise de conscience de son corps ;
    - o des groupes travaillant autour des relations interpersonnelles.

L'ensemble de ces groupes serait médiatisé par des soignants en fonction de leur compétence. Il nous semblerait pertinent que ces groupes soient composés de moins de 10 patients et puissent pour certains accueillir conjointement différents profil de patient.

- Une prise en charge familiale pourrait être mise en place en fonction de chaque patient sous forme d'entretiens familiaux, thérapie familiale ou encore de groupes parentaux.

Enfin, du fait de l'étendue de la région Centre Val Loire, il pourrait être intéressant de développer des spécificités de prise en charge des patients souffrant d'un TCA dans certains hôpitaux de jour généraux de la région pour améliorer l'accessibilité aux soins des patients. La coordination entre les hôpitaux de jour généraux et l'hôpital de jour spécialisé serait alors nécessaire pour améliorer la qualité des soins.

L'ensemble de ces éléments est résumé dans **l'annexe 8**.

3. Limites de notre étude

Notre étude présentait plusieurs limites :

a. Biais de sélection

- **Lié au recrutement des hôpitaux de jour**

Les hôpitaux de jour ont été recrutés à partir de l'annuaire de l'AFDAS-TCA de 2016 et du site de l'ENFINE. Les hôpitaux de jour non répertoriés dans ces deux supports n'ont donc pas été sollicités par email.

- **Lié au recrutement des patients**

La population cible était exclusivement celle des patients reçus ou ayant été reçus en consultation psychiatrique et addictologique par le Dr. HUGUET et le Dr. BRUNAULT au CHRU de Tours mais non de nutrition responsable d'un biais de sélection.

b. Biais d'information

- **Lié à l'auto questionnaire des hôpitaux de jour**

Dans certains cas, les médecins ne connaissaient pas les réponses à des questions, en particulier : combien de demi-journées par semaine sont accueillis les patients souffrant d'un TCA et le nombre d'ETP ou ne répondaient pas à certaines questions ouvertes : indications et contre-indications de prise en charge, objectifs des repas thérapeutiques. Cette absence de réponse à certaines questions entrainent un biais d'information.

- **Lié à l'auto-questionnaire des patients**

Le questionnaire indique que l'étude est réalisée conjointement par le Dr. BRUNAULT et le Dr. HUGUET, pouvant influencer la réponse du patient par crainte de voir se modifier la relation thérapeutique.

Par ailleurs nous décrivons sommairement le fonctionnement et les modalités de prise en charge en hôpital de jour aux patients, ne leur donnant pas une information complète pouvant leurs donner une vision faussée de ce type de prise en charge.

c. Difficultés liées aux questionnaires

Les auto-questionnaires que nous avons utilisés ont été réalisés spécifiquement pour ce travail de thèse et ne sont pas standardisés.

Par ailleurs, des évaluations complémentaires par des échelles standardisées pour les patients l'EDI, l'EAT, le BDI, afin d'évaluer plus précisément leur profil et la relation avec la perception de l'utilité de la prise en charge en hôpital de jour serait intéressant. Il aurait également été intéressant d'évaluer l'étape de changement du patient afin de percevoir le lien entre motivation et utilité hôpital de jour.

Enfin, l'absence de différence significative concernant le profil de patient peut être lié à une faible puissance de l'étude du fait d'un trop faible échantillon.

V. Conclusion

Les TCA sont des pathologies fréquentes associées à de nombreuses comorbidités médicales, psychiatriques et responsables d'une forte mortalité. Ces troubles nécessitent la mise en place d'un réseau de soins capable d'assurer leur dépistage et leur prise en charge. La réponse thérapeutique doit à la fois associer pluridisciplinarité, privilégier les soins ambulatoires et être graduée et adaptée à chaque patient. En cela, l'hôpital de jour vient s'imposer comme une approche complémentaire aux consultations en ambulatoire et à l'hospitalisation temps plein en venant diversifier l'offre de soins insuffisamment développée sur le territoire Français.

De notre travail ressort deux constats majeurs : le faible nombre de structures de type hôpitaux de jour en France, leur répartition hétérogène sur le territoire et la forte attente des patients concernant la prise en charge de leur TCA. Ces constats mettent en avant l'écart existant entre le faible nombre de structures et la forte demande des patients, mais fait également écho au peu de prises en charge proposées en ambulatoire dans la région Centre Val de Loire.

Ce travail renforce l'idée qu'il existe un réel besoin en terme de prise en charge des patients souffrant d'un TCA en région Centre Val de Loire. Dans ce contexte, il serait intéressant de développer une structure de type hôpital de jour, mais plus généralement des filières de prise en charge de l'ensemble de ces patients qui incluraient tous les types de TCA et tous les types de soins au sein d'une même entité.

ANNEXES

Annexe 1 - Critères d'hospitalisation somatiques et psychiatriques des patients souffrant d'anorexie mentale , selon l'HAS (13)

CRITERES D'HOSPITALISATION SOMATIQUES	
Anamnestiques	• Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois • Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance • Vomissements incoercibles • Échec de la renutrition ambulatoire
Cliniques	• Signes cliniques de déshydratation • IMC < 14 kg/m^2 • Amyotrophie importante avec hypotonie axiale • Hypothermie < 35 °C • Hypotension artérielle < 90/60 mmHg • Fréquence cardiaque : • bradycardie sinusale FC < 40/min (avis d'experts) o tachycardie de repos > 60/min si IMC < 13 kg/m^2 (avis d'experts)
Paracliniques	• Anomalies de l'ECG en dehors de la fréquence cardiaque • Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/L ou asyptomatique si < 0,3 g/L (avis d'experts) • Cytolyse hépatique > 10 x N • Hypokaliémie < 3 mEq/L • Hypophosphorémie < 0,5 mmol/L • Insuffisance rénale : clairance de la créatinine < 40 mL/min (avis d'experts) • Natrémie : < 125 mmol/L (potomanie, risque de convulsions) > 150 mmol/L (déshydratation) • Leucopénie < 1 000 /mm^3 (ou neutrophiles < 500 /mm^3)

CRITERES D'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUES	
Risque suicidaire	• dépression • abus de substances • Tentative de suicide réalisée ou avortée • Plan suicidaire précis • Automutilations répétées
Comorbidités	Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation : • dépression • abus de substances • anxiété • symptômes psychotiques • troubles obsessionnels compulsifs
Anorexie mentale	• Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes • Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde nasogastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire • Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation) • Conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses
Motivation, coopération	• Échec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite • Patient peu coopérant, ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré • Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires

Annexe 2 - Questionnaire destiné aux médecins

Coordonnées du service

- ✓ Nom du service :
- ✓ Centre hospitalier et ville dans laquelle se situe ce service :
- ✓ Adresse mail :

Unité(s) prenant en charge les patients souffrant de TCA au sein de votre structure

- ✓ Votre unité prend-elle en charge des patients souffrant de TCA ?

☐ Oui ☐ Non (*Si non,* merci de passer à ***la dernière page du questionnaire***)

- ✓ Si oui, s'agit-il : *(Plusieurs réponses possibles)*

☐ D'une unité d'hospitalisation complète (*si oui, merci de passer à la* ***page 14)***

☐ D'une unité d'hospitalisation de semaine (*si oui merci de passer à la* ***page14)***

☐ D'une unité d'hospitalisation de jour (*si oui merci de passer à la* ***page 2)***

☐ D'un CATTP (*si oui merci de passer à la* ***page 2)***

☐ D'un centre de consultation (*si oui merci de passer à la* ***page 14)***

☐ Autre (*si oui merci de passer à la* ***page 14)***

Les questions suivantes portent sur la prise en charge des patients souffrant de TCA en hôpital de jour ou en CATTP.

Si votre unité dispose de ce type de prise en charge, merci de continuer le questionnaire.

Si non, merci de passer à la dernière page du questionnaire, page 14.

I. Généralités concernant l'hôpital de jour

- ✓ **S'agit-il d'un hôpital de jour :**
  - ☐ Accueillant majoritairement voir spécifiquement des patients souffrant de TCA
  - ☐ Pouvant accueillir d'autres troubles en plus des TCA
  - ☐ Autre
- ✓ **Quel est le statut de cette unité ?**
  - ☐ Psychiatrie
  - ☐ Pédopsychiatrie
  - ☐ Médecine interne
  - ☐ Nutrition
  - ☐ Pédiatrie
  - ☐ Autre
- ✓ **En quelle année a été créé l'hôpital de jour ?**
- ✓ **Quels jours de la semaine est-il ouvert ?**
- ✓ **Quels sont les horaires d'ouverture ?**
- ✓ **Quels sont les types de troubles accueillis dans votre hôpital de jour ?**

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Anorexie mentale
- ☐ Boulimie nerveuse
- ☐ Hyperphagie boulimique
- ☐ Addictions
- ☐ Autre

II. Les modalités de la prise en charge en hôpital de jour des patients souffrant de TCA

- ✓ Quelles sont les indications de prise en charge des patients souffrant de TCA en hôpital de jour ?
- ✓ Quelles sont les contre-indications à une prise en charge des patients souffrant de TCA en hôpital de jour ?
- ✓ Combien de jour(s) ou de demi-journée(s) par semaine, en moyenne, les patients sont-ils accueillis ?
- ✓ Quel est le nombre moyen de patients souffrant de TCA pris en charge annuellement en HdJ ?
- ✓ Combien de lits sont dédiés aux patients souffrant de TCA et quel est le taux de remplissage moyen ?

III. Caractéristiques des patients souffrant de TCA pris en charge en hôpital de jour

- ✓ Quel est le TCA le plus fréquemment pris en charge ?
- ✓ Quel est l'âge moyen des patients TCA accueillis dans votre hôpital de jour ?
- ✓ Quels sont les âges minimum et maximum des patients TCA accueillis dans votre unité ?

IV. L'équipe soignante

- ✓ Quelle est la qualification du personnel soignant et combien existe-t-il d'équivalent temps plein pour chaque type de qualification ? *(Plusieurs réponses possibles)*

☐ Psychiatre nombre d'ETP
☐ Interne nombre d'ETP
☐ Nutritionniste nombre d'ETP
☐ Cadre soignant nombre d'ETP
☐ Aide soignant(e) nombre d'ETP
  ☐ Infirmier(e) nombre d'ETP
  ☐ Psychologue nombre d'ETP
  ☐ Kinésithérapeute nombre d'ETP
  ☐ Diététicien (ne) nombre d'ETP
☐ Assistant(e) social(e) nombre d'ETP
☐ Socio-esthéticien(ne) nombre d'ETP
☐ Ergothérapeute nombre d'ETP
☐ Secrétaire nombre d'ETP
☐ Autre

V. <u>Moyens d'évaluation des patients souffrant de TCA utilisés dans votre hôpital de jour</u>

1. Réalisez vous une évaluation pluridisciplinaire préalable à l'entrée en HDJ ?

☐ Oui ☐ Non

2. Par quel professionnel de santé est réalisée la première évaluation ?

☐ Psychiatre
☐ Nutritionniste
☐ Psychologue
☐ Autre

3. Un bilan psychologique est-il réalisé dans le cadre de l'évaluation ?

☐ Oui ☐ Non (*Si non,* merci de passer à la **question 3**)

- *Si oui,* quels sont les objectifs de ce bilan ?

☐ Réalisation de questionnaire patient
☐ Bilan de personnalité (type de bilan réalisé ?)
☐ Passation de questionnaire à la famille
☐ Autre

4. Un examen médical général est-il réalisé ?

☐ Oui ☐ Non (*Si non,* merci de passer à la **question 4**)

- ***Si oui,*** par quel médecin est réalisé cet examen :

☐ Psychiatre
☐ Médecin généraliste du patient
☐ Médecin généraliste du service
☐ Autre

5. Un bilan biologique est-il réalisé ?

☐ Oui ☐ Non

6. Travaillez-vous fréquemment avec des services de consultations spécialisées ?

☐ Oui ☐ Non (*Si non,* merci de passer à la **question 6**)

- *Si oui,* avec quel service travaillez vous fréquemment ? *(Plusieurs réponses possibles)*

☐ Cardiologie
☐ Gastro-entérologie
☐ Neurologie
☐ Nutrition
☐ Médecine générale
☐ Psychiatrie
☐ Autre

7. Est-il effectué une évaluation diététique ?

☐ Oui ☐ Non (Si non, merci de passer à la **question 7)**

- *Si oui,* par quel professionnel de santé est réalisé cette évaluation diététique ?

☐ Diététicien(ne)
☐ Nutritionniste
☐ Psychiatre
☐ Autre

8. Est-il effectué une évaluation sociale ?

☐Oui ☐ Non (*Si non,* merci de passer à la **question 8**)

- *Si oui,* par quel professionnel de santé ce bilan social est-il réalisé ?

☐ Assistante sociale
☐ Infirmière
☐ Psychiatre
☐ Psychologue
☐ Autre

9. Réalisez-vous d'autres évaluations/bilans non cités ci-dessus ? *Si oui,* de quel type ?

VI. Description des soins proposés

1. L'hospitalisation fait-elle l'objet d'un contrat thérapeutique ?

☐Oui ☐Non (*Si non,* merci de passer à la ***question 2 : orientations***)

- *Si oui* : quelle est la durée de ce contrat ?
- Est-il renouvelable ? *Si oui,* combien de fois?
- Quels sont les grands axes de ce contrat ?

2. Quelle(s) orientation(s) thérapeutique(s) privilégiez-vous ?

(Plusieurs réponses possibles)

☐ Prescription médicamenteuse
☐ Motivationnelle
☐ Psychothérapie de soutien
☐ Psycho dynamique
☐ Cognitivo-comportementale
☐ Systémique
☐ Familiale
☐ Psychothérapie brève
☐ Autre

3. Dans cette unité de jour, réalisez-vous des prises en charge en groupe ?

☐ Oui ☐ Non *(Si non,* merci de passer à la ***question 4 : soignant référent)***

- *Si oui,* quels types de groupes ou activités thérapeutiques avez-vous développé ?

Thème central du groupe ou de l'activité	**Oui/non**	**Type de groupes/d'activités**
Parole		Ex : groupe motivationnel, groupe d'échange autour de la boulimie, etc.
Emotions		
Création		
Le corps		
L'alimentation/ la nutrition		
Les relations sociales		
L'information		
Autre		

- De combien de patients en moyenne se composent les groupes ?
  - ☐ Entre 1 et 5 patients
  - ☐ Entre 5 et 10 patients
  - ☐ Plus de 10 patients
  - ☐ Autre

- S'agit-il de :
  - ☐ Groupe ouvert
  - ☐ Groupe fermé
  - ☐ Autre

4. Le patient dispose-t-il d'un soignant référent ?

☐ Oui ☐ Non *(Si non,* merci de passer à la ***question 5 : les repas)***

- *Si oui :* de quelle qualification peut-être le référent soignant ?
  - ☐ Psychiatre
  - ☐ Infirmier(e)
  - ☐ Psychologue
  - ☐ Autre
- Quels sont les rôles de ce soignant référent ?

5. Un travail thérapeutique est-il organisé au niveau des repas ?

☐Oui ☐ Non *(Si non,* merci de passer *à* ***la question 6 : prise en charge familiale)***

- *Si oui,* sur quels repas est réalisé un travail thérapeutique dans votre unité ?
  - ☐ Petit déjeuner
  - ☐ Déjeuner
  - ☐ Collation
  - ☐ Diner
  - ☐ Autre
- Comment se déroulent les repas ? *(Plusieurs réponses possibles)*
  - ☐ Seul(e) accompagné(e) d'un soignant ;
  - ☐ En groupe de 5-10 personnes dont 1 à 2 soignants à la table ;
  - ☐ En groupe de 5-10 personnes sans soignant à la table mais présents à une autre table ;
  - ☐ Autre

- Comment sont servis les repas ? *(Plusieurs réponses possibles)*
  - ☐ Plateau individuel
  - ☐ Plat commun déposé au centre de la table
  - ☐ Self-service
  - ☐ Autre
- Quels sont les objectifs thérapeutiques de ce(s) repas ?

6. Un travail thérapeutique est-il réalisé au niveau familial ?

☐ Oui ☐ Non

7. *Si oui,* de quel type ? Après une prise en charge en hôpital de jour, quel type de prise en charge assurez vous ?

8. Connaissez-vous d'autres hôpitaux de jour ou CATTP dans votre région prenant en charge les patients souffrant de trouble du comportement alimentaire ? *Si oui,* pourriez-vous nous donner les coordonnées de ces unités ?

Merci de retourner le questionnaire à l'adresse mail suivante : paulinelemercier@outlook.fr

Je vous remercie de l'attention et du temps que vous avez accordé à ce questionnaire.

Annexe 3 - Synthèse des structures de jour Françaises prenant en charge spécifiquement les patients souffrant d'un TCA

	Hôpital de référence/ Ville	Date de mise en service	Jours d'ouvertures	Horaires	TCA accueillis	Nombre trouble du TCA par an en hôpital de jour	Contre indications	Personnel soignant	Contrat thérapeutique et caractéristiques	Groupe et caractéristiques des groupes	Repas thérapeutiques et caractéristiques	Prise en charge familiale	Orientation thérapeutique
1. Maison de Solenn	Hôpital Cochin Professeur MORO PARIS	2010	Prise en charge des TCA le mardi	9h30 - 16h30	AM	20	BN BED Complications somatiques sévères Comorbidités psychiatriques sévères	1 ETP psychiatre 1 ETP cadre soignant 2 ETP infirmières 1 ETP aide soignante 0,5 ETP diététicien(ne) 1 ETP musicothérapeute 1 ETP secrétaire 1 ETP Professeur de sport/relaxologue	Oui Durée 3 mois Renouvelable 2 fois	Oui Groupes ouvert et fermé De 5-10 patients	Oui Déjeuner Gouter En groupe de 5-10 personne avec 1-2 soignants à la table Plateau individuel	Oui - Entretiens familiaux - Groupe de parole pour les parents	Familiale Educative
2. Hôpital de Jour de l'UTTA	CHU Paul Brousse Dr. RINGUENET VILLEJUIF	2007	Du lundi au vendredi	9h - 16h30	AM BN EDNOS Addiction	250	Complications médicales sévères Comorbidités psychiatriques décompensées Crise suicidaire Absence d'engagement dans le projet de soin	1 ETP psychiatre 0,5 ETP interne 0,3 ETP cadre soignant 1 ETP infirmier(e) 0,5 ETP aide soignante 0,2 ETP psychologue 0,2 ETP kinésithérapeute 0,3 diététicien(ne) 0,1 ETP assistante sociale 0,2 ETP ergothérapeute	Oui NM	Oui Groupe ouvert et fermé De 5-10 patients	Oui Déjeuner Gouter En groupe de 5-10 personnes avec 1-2 soignants à la table Plateau individuel	Oui Groupes de parole pour les parents et l'entourage	Entretien motivationnel Psychodynamique TCC Systémique
3. Hôpital de jour des TCA Sainte-Anne	Centre Hospitalier Sainte-Anne Dr. VINDREAU/ Pr. GORWOOD PARIS (14ème arrondissement)	2006	Du lundi au vendredi	8h30 - 16h30	AM BN BED OH	2640	IMC < 14 kg/m^2 Complications somatiques sévères Comorbidités psychiatriques sévères Potentiel suicidaire élevé Incapacité de participer à des groupes ou aux repas proposés	1,25 ETP psychiatre 1-2 ETP interne 1 ETP cadre soignant 1 ETP aide soignante 5 ETP infirmier 0,75 ETP psychologue 0,25 ETP kinésithérapeute 0,5 ETP psychomotricienne 0,5 ETP diététicien 0,25 ETP assistante sociale 0,5 ETP secrétaire	Oui 3 mois non renouvelable au delà de deux ans de prise en charge	Oui Groupe ouvert et fermé De 5-10 patients	Oui Déjeuner Plusieurs modalités de déroulement des repas : - seul accompagné d'un soignant ou - à plusieurs patients sans soignants Plateau individuel	Oui Groupe famille Thérapie familiale et multifamiliale	Entretien motivationnel TCC

4. Unité George Sand pour les TCA	CH Esquirol Pr. NUBUPKO / Pr. SAZERAT LIMOGES	2014	Du lundi au dimanche	9h - 17h	AM BN	19	Complications somatiques sévères Comorbidités psychiatriques sévères Crise de boulimie vespérale et nocturne	0,1 ETP psychiatre 0,02 ETP nutritionniste 0,1 ETP cadre soignant 1 ETP infirmier(e) 0,5 ETP aide soignant(e) 0,1 ETP psychologue 0,1 ETP diététicien(ne) 0,1 ETP arthérapeute 0,2 ETP secrétaire 0,05 ETP psychomotricien(ne)	Oui Durée de 3 mois Pas de limite pour le renouvellement	Oui Groupe ouvert et fermé De 1 – 5 personnes	Oui	Oui Entretiens familiaux	Entretien motivationnel Psychothérapie de soutien TCC
5. CSAA = espace Barbara	CHU de Nantes Pr. VENISSE Dr. ROCHER Pr. GRALL-BRONNEC NANTES	2000	Du lundi au vendredi	9h30 - 16h30	**AM** BN addictions (jeux vidéos)	150	Complications médicales sévères Comorbidités psychiatriques majeure IMC <14 kg/m^2 Refus des soins	0,7 ETP psychiatre 0,5 ETP cadre soignant 6,5 ETP IDE 0,8 ETP aide soignant(e) 0,6 ETP psychologue 0,2 ETP diététicien(ne) 0,5 ETP assistant(e) social(e) 1,5 ETP secrétaire	Oui 3 mois Renouvelable sans limite (rarement au delà de 8 fois)	Oui Groupe ouvert et fermé De 5 à 10 patients	Oui Déjeuner Gouter - Seul accompagné d'un soignant ou - En groupe de 5-10 patients avec 1-2 soignants à la table. Plateau commun déposé au centre de la table	Oui Entretiens familiaux de bilan et d'accompagnement Groupe de parents Thérapie familiale Association de parent (partenariat)	Entretien motivationnel TCC Systémique
6. CATTP Dabanta	Clinique Cantegrit Dr. Bibette BAYONNE	2012	Du lundi au vendredi	8h-19h	AM BN BED Obésité avec souffrance psychologique	550	NM	0,25 ETP psychiatre 1 ETP IDE 2 ETP psychologue 2 ETP diététicien(ne) Assistante sociale 1 ETP arthérapeute 1 ETP coordinateur administratif	Non	Oui Groupe ouvert et fermé De 5 à 10 patients	Oui Déjeuner Seul accompagné d'une soignant Ou En groupe de 5-10 patients avec 1-2 soignants à la table Plateau individuel	Oui NM	Entretien motivationnel TCC
7. CATTP psychiatrie adulte, récif, pôle	Centre hospitalier Gérard Marchand Dr. KLEIN TOULOUSE	2004	Lundi mardi Jeudi vendredi	9h30 - 16h30	AM BN BED Obésité	95	Complication somatique majeure Refus de suivi somatique	0,2 ETP psychiatre Cadre soignant 0,8 ETP IDE 0,4 ETP psychologue 0,8 ETP diététicien(ne) Assistante sociale 0,05 ETP secrétaire Metteur en scène	Non	Oui Groupe ouvert et fermé De 5-10 patients	Oui Déjeuner En groupe de 5-10 patients avec 1-2 soignants à la table Repas cuisiné ensemble	Oui Groupe famille	Entretien motivationnel Psychodynamique TCC

8. Unité TCA (HdJ – CATTP)	CHU de Saint Etienne, Hôpital Bellevue Pr. MASSOUBRE SAINT ETIENNE	NM	Lundi et vendredi : CATTP Mardi mercredi jeudi : HDJ	10h` - 16h	AM BN BED	NM	Indication à une hospitalisation complète	0,2 ETP psychiatre 0,5 ETP interne 0,4 ETP cadre soignant 1 ETP aide soignante 5 ETP IDE 0,4 ETP psychologue 0,2 ETP secrétaire	Non (au cas par cas)	Oui Groupe ouvert et fermé De 5-10 patients	Oui Déjeuner Seul accompagné d'un soignant (ou non) Ou En groupe de 5-10 patients avec 1-2 soignants présents Plateau individuel Ou Plat commun	Oui Thérapie familiale et multifamiliale	Entretien motivationnel Psychodynamique TCC Systémique
9. HD , clinique Prémartine	CHS de la Sarthe Dr. BURTIN/ Dr. BOYER LE MANS	2014	Du lundi au vendredi	9h - 16h30	AM BN Addictions	35	IMC <14 kg/m^2 Age : < 16 ans ou > 35 ans	1 ETP psychiatre 0,25 ETP cadre soignant 3 ETP IDE 1 ETP aide soignant(e) 1 ETP psychologue Diététicien(ne) (2h par mois) 0,5 ETP assistant€ social(e) 0,5 ETP arthérapeute 2 ETP secrétaire	Oui Durée de 3 mois Renouvelable 1 fois	Oui Groupe ouvert et fermé De 1-5 patients	Oui Déjeuner En groupe de 5-10 patients avec 1-2 soignants à la table Plateau individuel Ou Plateau commun	Oui Entretiens familiaux Groupe de parole parents	Entretien motivationnel TCC
10. LIBERT' ADD	Hôpital Pasteur Centre Psychothérapeutqique Dr. GUINGAND COLMAR	NM	Du lundi au vendredi	9h-16h30	AM BN BED addictions	20	Peu d'engagement dans le changement Inconstance au niveau des présences	1 ETP psychiatre 1 ETP cadre soignant 3 ETP IDE 1 ETP aide soignante 0,3 ETP diététicien(ne) 0,5 ETP assistante sociale 1 ETP secrétaire	Non	Oui Groupe ouvert et fermé De 5-10 patients	Oui Déjeuner Seul, en groupe de 5-10 pers avec ou sans soignants présents à la table Plateau Individuel	Oui Thérapie familiale	Psychodynamique Thérapie systémique
11. HdJ de la Clinique Jouvence Nutrition	Clinique Jouvence Nutrition (SSR psychiatrie / nutrition)	2008	Du lundi au vendredi	8h30 - 17h	AM BN BED EDNOS	120	Complications médicales sévères Comorbidités psychiatriques majeures Abus/dépendance à une substance Mineurs	2 ETP psychiatre 1,5 ETP nutritionniste 1 ETP cadre soignant 7,5 ETP IDE 1,5 ETP psychologue 2,5 ETP diététicienne 0,2 ETP assistante sociale 1,5 ETP secrétaire	Non	Oui Groupe ouvert De 5-10 patients	Oui Déjeuner Gouter Diner En groupe de 5-10 patients sans soignants à la table Plateau individuel	Oui Entretien familiaux	Psychodynamique Systémique

12. HDJ du service Endocrin Diabéto Nutrition	Centre Hospitalier Rennes Pontchaillou RENNES	NM	Du lundi au vendredi	8h30 – 18h30	AM BN BED TCA avec complications médicales.	NM	Indication à une hospitalisation temps plein	0,1 ETP psychiatre 1 ETP nutritionniste Cadre soignant 1 ETP IDE 1 ETP aide soignante 0,6 ETP psychologue 0,2 ETP kinésithérapeute 0,1 ETP assistante sociale 1 ETP secrétaire	Non	Non	Oui Déjeuner En groupe de 5-10 personnes accompagnés d'un soignant. Plateau individuel	Non	NM
13. HDJ pédiatrie	CHU Grenoble Alpes GRENOBLE	NM	Du lundi au vendredi	8h – 17h	AM BN BED TCA avec complications médicales	70	Indication à une hospitalisation temps plein	1 ETP psychiatre 0,3 ETP nutritionniste Cadre soignant 1 ETP IDE 0,5 ETP psychologue 0,5 ETP diététicien 1 ETP secrétaire	Non	Oui Groupe ouvert Entre 1 – 5 patients	Oui Déjeuner Gouter En groupe de 5-10 personnes accompagnées d'1 – 2 soignants. Plateau individuel.	Oui Entretiens familiaux	TCC
14. HDJ endocrino	CHU LYON	NM	Lundi et mercredi	7h30 – 17h	Bilan diagnostic et réévaluation des trouble du TCA	NM	Indication à une hospitalisation temps plein	0,5 ETP psychiatre 0,5 ETP nutritionniste 0,1 ETP cadre soignant 2 ETP IDE 1,5 ETP psychologue 0,5 ETP diététicien(ne) 1 ETP secrétaire	Non	Oui Groupe ouvert De 5 – A0 patients	Non	Non	Motivationnelle TCC
15. HDJ nutrition	CHU MONTPELLIER	NM	Mercredi et vendredi	8h – 17h	Bilan diagnostic det d'évaluation des TCA	250	Indication à une hospitalisation temps plein	0,5 ETP psychiatre 0,25 ETP nutritionniste 1,5 ETP IDE 1,5 ETP aide soignante 0,5 ETP psychologue 0,5 ETP diététicien 0,25 ETP secrétaire	Non	Oui Groupe ouvert et fermé Entre 5 – 10 patients	Oui Déjeuner Seul accompagné d'un soignant Plateau individuel	Non	NM

Annexe 4 - Lettre d'information et questionnaire dédié aux patients

Lettre d'information

Madame, Monsieur,

Vous êtes pris(e) en charge au Centre Hospitalo-Universitaire de Tours pour le suivi d'un TCA.

Dans le cadre d'un travail de thèse, nous cherchons à préciser vos attentes concernant la prise en charge de ce type de trouble afin d'améliorer la qualité des soins proposés.

C'est dans ce contexte que nous vous proposons de participer à une étude intitulée :
« Prise en charge des Troubles du Comportement Alimentaire en hôpital de jour : état des lieux en France et attentes des patients ».

Cette étude comporte un premier questionnaire sur vos attentes et cinq courtes échelles qui caractérisent votre symptomatologie. Elle est strictement anonyme et prendra quelques minutes de votre temps.

Après avoir rempli les questionnaires et échelles, vous pouvez :
- les remettre à la secrétaire, si vous avez eu le temps nécessaire de les remplir;
- ou nous les renvoyer par l'intermédiaire de l'enveloppe timbrée fournie.

Les réponses n'auront aucune incidence sur le déroulement actuel de votre prise en charge. Vous avez le droit de ne pas participer, ainsi que le droit d'accès et de rectification des données vous concernant.
Nous nous tenons à votre disposition pour toute information supplémentaire.

Grace à vous, nous espérons avoir un nombre suffisant de répondants afin d'avoir une réelle représentativité des attentes des patients vis-à-vis de la prise en charge des TCA.

En vous remerciant par avance,

Dr. HUGUET Grégoire
Médecin responsable du projet

Dr. BRUNAULT Paul
Praticien Hospitalier

LEMERCIER Pauline
Interne en psychiatrie

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DES ATTENTES DE SOINS DES PATIENTS SUIVI POUR UN TCA (TCA)

- ✓ Trois premières lettre de votre nom et prénom : ……/……
- ✓ Date de naissance : ……
- ✓ Sexe : ☐ masculin ☐ Féminin
- ✓ Poids actuel :……. Taille (en cm) :…….
- ✓ Poids minimum atteint :….. Poids maximum atteint :……
- ✓ Etat civil actuel
  - ☐ Célibataire
  - ☐ Marié/pacsé
  - ☐ Concubinage
  - ☐ Séparé/divorcé
  - ☐ Veuf(ve)

- ✓ Quel est votre niveau d'étude :
  - ☐ Aucun
  - ☐ BEPC
  - ☐ BEP/CAP
  - ☐ Baccalauréat, technique, professionnel
  - ☐ Autre : ……

- ✓ De quel TCA pensez vous souffrir ? (plusieurs réponses possibles)
  - ☐ Anorexie mentale
  - ☐ Boulimie nerveuse
  - ☐ Hyperphagie boulimique (crise de boulimie sans vomissements)
  - ☐ Ne sais pas
  - ☐ Autre : …….

I. <u>Concernant votre suivi actuel</u>

- ✓ Actuellement, par quel(s) professionnel(s) de santé êtes-vous suivi(e) pour votre TCA (TCA) ? *(plusieurs réponses possibles)*.

  A quelle fréquence voyez-vous ce(s) professionnel(s) ?

☐ **Médecin nutritionniste**

☐1 fois/Sem ☐1 fois/Mois ☐Tous les 3 Mois ☐1 fois/an ☐<1 fois/an

☐ **Médecin psychiatre**

☐1 fois/Sem ☐1 fois/Mois ☐Tous les 3 Mois ☐1 fois/an ☐<1 fois/an

☐ **Diététicien(ne)**

☐1 fois/Sem ☐1 fois/Mois ☐Tous les 3 Mois ☐1 fois/an ☐<1fois/an

☐ **Psychologue/psychothérapeute**

☐1 fois/Sem ☐1 fois/Mois ☐Tous les 3 Mois ☐1 fois/an ☐<1 fois/an

☐ **Médecin généraliste**

☐1 fois/Sem ☐1 fois/Mois ☐Tous les 3 Mois ☐1 fois/an ☐<1 fois/an

☐ **Autre :**

✓ Quels sont les avantages de ce suivi ? *(plusieurs réponses possibles)*

☐ Régularité des consultations

☐ Information concernant le TCA

☐ Consultations permettant d'aborder les difficultés en lien avec le TCA

☐ Consultations permettant d'aborder d'autres difficultés

☐ Consultation me permettant une amélioration sur le plan psychique, nutritionnel, pondéral

☐ Prise en compte de l'entourage (famille…)

☐ Autre :

✓ Quels sont les inconvénients de ce(s) suivi(s)? *(plusieurs réponses possibles)*

☐ Consultations trop espacées

☐ Durée trop courte des consultations

☐ Consultations prenant en compte le TCA et non les autres symptômes

☐ Pas assez d'informations données concernant les TCA

☐ Peu de prise en compte de l'entourage (famille…)

☐ Absence de groupe permettant de se retrouver entre patient

☐ Autre :

✓ Avez-vous déjà été hospitalisé(e) à temps plein pour la prise en charge de votre TCA ?

☐ Oui ☐ Non (*Si non,* merci de passer au **paragraphe II, page 2)**

• *Si oui :* Dans quel(s) service(s) avez-vous déjà été hospitalisé(e) ? *(Plusieurs réponses possibles)*

☐ Psychiatrie ☐ Pédiatrie

☐ Médecine ☐ Nutrition

☐ Autre :

• Cette hospitalisation a été motivée par : *(plusieurs réponses possibles)*

☐ Un médecin spécialiste ☐ Vous

☐ Votre médecin généraliste ☐ Autre :

• Avez-vous perçu des améliorations lors de cette hospitalisation temps plein ?

☐ Oui ☐ Non

  ○ *Si oui,* quelle(s) amélioration(s) avez-vous perçue(s) ? (plusieurs réponses possibles)

☐ Amélioration psychologique ☐ Amélioration alimentaire

☐ Amélioration physique ☐ Autre :

• Quels ont été les avantages de cette hospitalisation temps plein ? *(plusieurs réponses possibles)*

☐ Séparation avec l'entourage

☐ Repos

☐ Prise en charge du TCA de manière « intensive »

☐ Eloignement vis à vis du travail

☐ Autre :

- Quels ont été le(s) inconvénient(s) de cette hospitalisation temps plein ? *(plusieurs réponses possibles)*
  - ☐ Séparation avec l'entourage
  - ☐ Impossibilité de rentrer au domicile
  - ☐ Contrainte vis-à-vis du travail/ des études
  - ☐ Durée d'hospitalisation trop longue
  - ☐ Manque de consultation médicale
  - ☐ L'ennui
  - ☐ Manque de groupe/d'activités thérapeutiques
  - ☐ Autre :

II. Prise en charge en hôpital de jour des patients souffrants de TCA

Qu'est ce que l'hôpital de jour :

- L'hôpital de jour accueille les patients souffrant de TCA sur **une ou plusieurs demi-journées** par semaine évitant ainsi la rupture avec l'entourage et l'environnement.

- Les soins privilégient des **activités de groupe** et des **entretiens individuels.** L'hôpital de jour est ainsi une **solution intermédiaire** entre les soins en consultations et en hospitalisation temps plein.

- Toutes les prises en charge sont accompagnées par un ou plusieurs soignant(s) de l'équipe **pluri-professionnelle** (infirmier, médecin psychiatre, nutritionniste, diététicien, arthérapeute…).

Exemple de prise en charge : Julie vient deux demi-journées par semaine à l'hôpital de jour. Déroulement de ses demi-journées :

	9h30-10h	**10h-12h**	**12h30-13h30**	**14h-16h**	**16h-16h30**
Lundi	Accueil	Relaxation (groupe)	Repas thérapeutique		
Jeudi				Image du corps (groupe)	Entretien individuel

- ✓ Pensez-vous que l'hôpital de jour vous serait utile?
  ☐ Oui ☐ Non

- ✓ Si ce type d'unité existait dans la région, quelles difficultés aimeriez-vous améliorer ? *(Plusieurs réponses possibles)*
  - ☐ Crise de boulimie
  - ☐ Crise de vomissement
  - ☐ Restriction alimentaire
  - ☐ Eviction alimentaire
  - ☐ Hyperactivité physique
  - ☐ Inactivité physique
  - ☐ Gain de poids
  - ☐ Perte de poids
  - ☐ Mauvaise estime de soi
  - ☐ Perfectionnisme
  - ☐ Perception de l'image corporelle
  - ☐ Sentiment de culpabilité
  - ☐ Relation avec la famille,
  - ☐ Stress
  - ☐ Tristesse, baisse de morale
  - ☐ Impulsivité (tendance à agir avant de réfléchir)
  - ☐ Autre :

A- <u>Un contrat de soin</u>

La prise en charge en hôpital de jour est basée sur un engagement mutuel. Cet engagement peut être matérialisé par un contrat de soin, renouvelable, signé par le patient et les soignants.

✓ La mise en place d'un contrat de soin vous semble-t-elle utile ?

☐ Oui ☐ Non (*si non,* merci de passer au **paragraphe B, page 5)**

- *Si oui :* Pourquoi la mise en place d'un contrat de soin vous semble utile ? *(plusieurs réponses possibles)*

☐ Pour poser un cadre aux soins (durée des soins dans le temps, type de soins…)

☐ Pour servir de référence tout au long de la prise en charge

☐ Pour maintenir votre motivation personnelle

☐ Pour favoriser la relation de collaboration entre le soignant et le thérapeute

☐ Autre :

- De quelles informations devraient se composer ce contrat de soin ? *(plusieurs réponses possibles)*

☐ Les moyens thérapeutiques (prise en charge en groupe, individuelle)

☐ La durée du contrat

☐ Objectifs de poids

☐ Objectifs nutritionnels (réintroduction d'aliments évités, équilibration des repas)

☐ Objectifs comportementaux (crises de boulimie, hyperactivité physique…)

☐ Objectifs psychologique (prendre confiance en soi, travailler sur son image corporelle)

☐ Les modalités de rupture du contrat de soin

☐ Autre :

- La durée du contrat soin (qui sera renouvelable, si besoin) devrait-être selon vous :

☐ Inférieure à 1 mois

☐ Entre 1 et 3 mois

☐ Supérieure à 3 mois

B- <u>Les prises en charge en groupe</u>

Comme nous l'avons vu précédemment une des caractéristiques de l'hôpital de jour est la prise en charge en groupe.

✓ L'idée d'une prise en charge en groupe vous intéresserait-elle ?

☐ Oui ☐ Non

- *Si oui,* selon vous, de combien de patients en moyenne devraient se composer les groupes ?

☐ Moins de 5 personnes

☐ Entre 5 et 10 personnes

☐ Plus de 10 personnes

- Ces groupes devraient, selon vous, être :

☐ Des groupes ouverts (pouvant accueillir de nouveaux patients régulièrement)

☐ Des groupes fermés (il ne peut pas y avoir de nouveaux patients rejoignant le groupe)

- Quelle prise en charge de groupe pourrait vous être utile? *(plusieurs réponses possibles)*

Thème central du groupe ou de l'activité	**Exemple de groupe/ activités réalisées**	**Objectif(s)**
☐ **La parole/l'échange**	- Groupe de parole /d'échange entre patients autour du TCA.	Echanger, exprimer ses difficultés, ses questions, ses émotions ou les reconnaître dans les mots des autres.
☐ **Les émotions**	- Activité relaxation - Jeux de rôle - Musicothérapie	Apprendre à exprimer, ressentir, gérer ses émotions par l'intermédiaire de médiations autres que la parole.
☐ **Le corps**	- Socio-esthéticienne - Activité photographie - Activité danse - Activité gymnastique	Favoriser un bien être psycho-corporelle en écoutant son corps, en prenant conscience de ces limites et représentations et enfin en prenant confiance en soi.
☐ **La création**	- Activité couture - Activité bricolage - Activité peinture	Redécouvrir le plaisir d'une activité simple, sans aucun objectif de performance.
☐**L'alimentation**	- Activité cuisine - Course	Retrouver des repères, une autonomie dans le quotidien alimentaire.
☐ **Les relations sociales**	- Sortie thérapeutique à l'extérieur du service	Travailler les difficultés autour de la relation à l'autre, la confiance en soi.
☐ **L'information**	- groupe pour l'entourage - Conférence sur les TCA	A l'intention des patients mais aussi de leur entourage dans un but d'information autour des TCA.
☐ **Autre :**		

C- Les repas thérapeutiques

Parmi les activités de groupe peuvent être mis en place des repas thérapeutiques. Ces repas sont pris entre patients et soignants et ont comme thèmes principaux la convivialité et la communication.

✓ Seriez-vous intéressé(e) par ce type d'activité thérapeutique?

☐ Oui ☐ Non (*si non,* merci de passer au **paragraphe D, page 6)**

- *Si oui,* comment devraient se dérouler, selon vous, les repas ?

☐ Seul(e) accompagné(e) d'un soignant ;

☐ En groupe de 5-10 personnes dont 1 à 2 soignants à la table ;

☐ En groupe de 5-10 personnes sans soignant à la table mais présents à une autre table ;

☐ Autre

- Sous quelle forme aimeriez-vous trouver les repas?

☐ Plateau individuel (chaque patient a son propre plateau)

☐ Plat commun déposé au centre de la table, libre à chacun de se servir plus ou moins.

☐ Self-service

☐ Autre

- Selon vous, ces repas doivent s'accompagner: *(plusieurs réponses possibles)*

☐ D'objectifs alimentaires (réintroduire les aliments évités, adapter les portions…)

☐ D'objectifs psychologiques (diminuer le stress lié au repas …)

☐ D'objectifs comportementaux (limiter les crises de boulimie, vomissements …)

☐ D'aucun objectif

☐ Autre

D- Les liens sociaux

L'hôpital de jour à pour particularité d'être un lieu de rencontre et d'échange entre soignants et patients souffrant de TCA similaires ou différents. Cette unité a pour objectif de favoriser les relations et liens sociaux.

✓ Pensez vous que cette caractéristique de l'hôpital de jour vous soit utile ?

☐Oui ☐Non

- *Si oui,* pour quelles raisons : *(plusieurs réponses possibles)*

☐ J'ai des difficultés à rencontrer, à initier une relation avec d'autre personne.

☐ Je trouve peu de service, association … regroupant des personnes ayant les mêmes difficultés.

☐ Je n'ose pas parler de mes TCA à mon entourage.

☐ Autre :

✓ Le fait de rencontrer au sein de cette structure des patients ayant des TCAs différents (anorexie mentale, boulimie, obésité) est pour vous :

☐ Stressant

☐ Intéressant

☐ Sans intérêt

☐ Autre :

✓ Pensez-vous qu'il serait intéressant d'inclure votre famille dans les soins proposés en hôpital de jour ?

☐ Oui ☐ Non (*si non,* merci de passer au **paragraphe E, page 7**)

- *Si oui,* pour quelles raisons aimeriez-vous que votre famille soit incluse dans les soins ?

☐ Je n'ose pas leur parler de mes TCA

☐ Mes proches ne comprennent pas mes troubles

☐ Mes TCA peuvent être à l'origine de conflits avec mes proches

☐ Autre :

- Sous quelles formes les soins pourraient-être proposés à votre famille ainsi et vous? *(plusieurs réponses possibles)*

☐Thérapie familiale (psychiatre ou psychologue, vos proches et vous)

☐ Groupe d'échange familial autour des TCA

☐ Groupe d'information pour les familles autour des TCA

☐ Autre

Je vous remercie de l'attention et du temps que vous avez accordé à ce questionnaire.

Annexe 5 - Echelle d'alimentation émotionnelle (EMAQ)

Veuillez indiquer comment vos comportements alimentaires sont affectés par certaines émotions et situations. L'échelle de réponse varie de 1 à 9 :

- ✓ 1 représente un apport alimentaire beaucoup moins important que d'habitude.
- ✓ 9 représente un apport alimentaire beaucoup plus important que d'habitude.
- ✓ 5 représente un apport alimentaire équivalent à d'habitude.

Entourez le chiffre vous correspondant.
Si une question ne vous concerne pas, veuillez cocher NA. Si vous ne connaissez pas la réponse cochez NSP.

A. Les items suivants concernent tout d'abord vos **émotions** : Par rapport à d'habitude, comment mangez-vous lorsque ? :

	Beaucoup moins				Autant				Beaucoup plus		
Vous êtes triste	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP
Vous vous ennuyez	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP
Vous êtes confiant(e), sur(e) de vous	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP
Vous êtes en colère, furieux(se)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP
Vous êtes anxieux(se)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP
Vous êtes heureux(se), satisfait(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP
Vous êtes frustré(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP
Vous êtes fatigué(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP
Vous êtes déprimé(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP
Vous avez peur, êtes effrayé(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP
Vous êtes détendu(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP
Vous êtes enjoué(e), gai(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP
Vous vous sentez seul(e), isolé(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP
Vous êtes enthousiaste	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP

B. Les items suivants concernent maintenant vos réactions dans certaines **situations:** Par rapport à d'habitude, comment mangez-vous ? :

	Beaucoup moins				Autant				Beaucoup plus		
Lorsque vous êtes sous pression, stressé(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP
Après une discussion houleuse ou une dispute	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP
Après un drame survenant à un de vos proches	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP
Lorsque vous tombez amoureux(se)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP
Après une rupture relationnelle, amicale ou sentimentale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP
Lorsque vous êtes occupé(e) par un loisir agréable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP
Après avoir perdu de l'argent ou un bien	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP
Après avoir reçu de bonnes nouvelles	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NA	NSP

Annexe 6 – Echelle d'anxiété trait (STAI forme B)

Un certain nombre de phrase que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase puis marquez d'une croix celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez généralement.

Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur chaque propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments habituels.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. Je ne me sens pas de bonne humeur, aimable.				
2. Je me sens nerveux(se et agité(e).				
3. Je me sens content(e) de moi.				
4. Je voudrais être aussi heureux(se) sur les autres semblent l'être.				
5. J'ai un sentiment d'échec.				
6. Je me sens reposé(e).				
7. J'ai tout mon sang-froid.				
8. J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter.				
9. Je m'inquiète à propos de choses sans importance.				
10. Je suis heureux(se).				
11. J'ai des pensées qui me perturbent.				
12. Je manque de confiance en moi.				
13. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.				
14. Je prends facilement les décisions.				
15. Je me sens incompétent(e), pas à la hauteur.				
16. Je suis satisfait(e).				
17. Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.				
18. Je prends les déceptions tellement à cœur que les oublie difficilement.				
19. Je suis une personne posée, solide, stable.				
20. Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis.				

Annexe 7 - Echelle d'impulsivité courte (UPPS)

Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés décrivant des manières de se comporter ou de penser. Pour chaque affirmation, veuillez indiquer à quel degré vous êtes d'accord ou non avec l'énoncé.

- ✓ Si vous êtes **Tout à fait d'accord** avec l'affirmation encerclez le chiffre **1.**
- ✓ Si vous êtes **Plutôt d'accord** encerclez le chiffre **2**.
- ✓ Si vous êtes **Plutôt en désaccord** encerclez le chiffre **3.**
- ✓ Et si vous êtes **Tout à fait en désaccord** encerclez le chiffre **4**.

Assurez- vous que vous avez indiqué votre accord ou désaccord pour chaque énoncé ci-dessous.

	Tout à fait d'accord	**Plutôt d'accord**	**Plutôt en désaccord**	**Tout à fait en désaccord**
1. D'habitude je réfléchis soigneusement avant de faire quoi que ce soit.	1	2	3	4
2. Quand je suis vraiment enthousiaste, j'ai tendance à ne pas penser aux conséquences de mes actions.	1	2	3	4
3. J'aime parfois faire des choses qui sont un petit peu effrayantes.	1	2	3	4
4. Quand je suis contrarié(e), j'agis souvent sans réfléchir.	1	2	3	4
5. Je préfère généralement mener les choses jusqu'au bout.	1	2	3	4
6. Ma manière de penser est d'habitude réfléchie et méticuleuse.	1	2	3	4
7. Quand la discussion s'échauffe, je dis souvent des choses que je regrette ensuite.	1	2	3	4
8. J'achève ce que je commence.	1	2	3	4
9. J'éprouve du plaisir à prendre des risques.	1	2	3	4
10. Quand je suis ravi(e), je ne peux pas m'empêcher de m'emballer.	1	2	3	4
11. Une fois que je commence un projet, je le termine presque toujours.	1	2	3	4
12. J'aggrave souvent les choses parce que j'agis sans réfléchir quand je suis contrarié(e).	1	2	3	4
13. D'habitude je me décide après un raisonnement bien mûri.	1	2	3	4
14. Je recherche généralement des expériences et sensations nouvelles et excitantes.	1	2	3	4
15. Quand je suis vraiment enthousiaste, j'agis souvent sans réfléchir.	1	2	3	4
16. Je suis une personne productive qui termine toujours son travail.	1	2	3	4
17. Quand je me sens rejeté(e), je dis souvent des choses que je regrette par la suite.	1	2	3	4
18. Je me réjouis des expériences et sensations nouvelles même si elles sont un peu effrayantes et non- conformistes.	1	2	3	4
19. Avant de me décider, je considère tous les avantages et inconvénients.	1	2	3	4
20. Quand je suis très heureux/heureuse, j'ai l'impression qu'il est normal de céder à ses envies ou de se laisser aller à des excès.	1	2	3	4

Annexe 8 - Propositions de recommandations pour le développement d'un hôpital de jour spécialisé en région Centre Val de Loire

<table>
<tr><th>Objectifs</th><th colspan="2">Moyens</th></tr>
<tr><td>Equipe
Pluri professionnelle</td><td colspan="2">- Psychiatre/addictologue
- Nutritionniste
- Psychologue
- Infirmier(re)
- Assistante sociale
- Diététicien(ne)
- Autre professionnel de santé</td></tr>
<tr><td>Travail en réseau</td><td colspan="2">- Coordination des soins entre tous les partenaires impliqués dans la prise en charge
- Implication du patient et de leur famille dans l'organisation des soins
- Interactivité et transversalité entre les services d'hospitalisation temps plein
- Coordination entre l'hôpital de jour spécialisé et les hôpital de jour généraux</td></tr>
<tr><td>Evaluation préalable
multidisciplinaire
transnosographique</td><td colspan="2">- bilan somatique (clinique, biologique et tout autre bilan médical nécessaire)
- bilan psychiatrique (comorbidités psychiatriques et potentiel suicidaire)
- bilan psychologique
- bilan social, scolaire
- bilan familial</td></tr>
<tr><td>Indications
et
contre indications</td><td>Indications

- présence d'un TCA (anorexie mentale, boulimie nerveuse, hyperphagie boulimique, TCA non spécifiés) avec retentissement sur la vie quotidienne ;
- motivation face au changement et implication dans la prise en charge
- Préparation à une hospitalisation temps plein ;
- relais d'une hospitalisation temps plein.</td><td>Contre indications

- décompensation aigüe d'une comorbidité psychiatrique ;
- potentiel suicidaire évalué élevé ;
- complications médicales sévère nécessitant une hospitalisation à temps plein.</td></tr>
<tr><td>Objectifs de l'équipe</td><td colspan="2">- Chercher à établir et à maintenir une alliance thérapeutique avec le patient et sa famille
- Coordination des soins, travail en réseau
- Former un réseau de soin capable de répondre aux questionnement des différents acteurs de soin à même de prendre en charge ce type de trouble.</td></tr>
<tr><td>Modalités de prise en charge</td><td colspan="2">A adapter à chaque patient (profil, comorbidités, type de TCA) et à son entourage :
- psychothérapie cognitivo-comportementale et familiale en individuel ou en groupe ;
- contrat thérapeutique (modalités de prise en charge, objectifs thérapeutiques, durée, renouvellement, modalités de rupture) ;
- repas thérapeutique et groupes/activités thérapeutiques de moins de 10 patients, pouvant accueillir pour certain conjointement les différents profil de TCA ;
- prise en charge familiale (entretiens familiaux, thérapie familiale, groupe parentaux).</td></tr>
</table>

BIBLIOGRAPHIE

1. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. Am J Psychiatry. 2007; 164(8):1259-65.

2. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS, Raevuori A, Sihvola E, Bulik CM, et al. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. Psychol Med. 2009; 39(5):823-31.

3. Preti A, Girolamo G de, Vilagut G, Alonso J, Graaf R de, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. J Psychiatr Res. 2009; 43(14):1125-32.

4. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. Int J Eat Disord. 2003;34(4):383-96.

5. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. Curr Psychiatry Rep. 2012; 14(4):406-14.

6. Qian J, Hu Q, Wan Y, Li T, Wu M, Ren Z, et al. Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. Shanghai Arch Psychiatry. 2013; 25(4):212-23.

7. Hudson JI, Hiripi E, Pope Jr. HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry. 2007; 61(3):348-58.

8. Eddy kt, Celio doyle a, Rienecke hoste r, Herzog db, Le grange d. Eating Disorder Not Otherwise Specified in Adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008; 47(2):156-64.

9. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. EAting disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. Arch Gen Psychiatry. 2002; 59(6):545-52.

10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition : DSM-5, Washington, D.C.: APA.

11. Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. Psychiatr Q. 1959; 33(2):284-95.

12. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, et al. Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. Int J Eat Disord. 1992; 11(3):191-203.

13. Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : prise en charge. Recommandations de bonne pratique, 2010. Nutr Clin Métabolisme. 2011; 25(2):57-74.

14. Crenn P, Melchior J-C. Bilan somatique et critères de gravité dans l'anorexie mentale. Nutr Clin Métabolisme. 2007; 21(4):155-8.

15. Tanofsky-Kraff M, Bulik CM, Marcus MD, Striegel RH, Wilfley DE, Wonderlich SA, et al. Binge Eating Disorder: The Next Generation of Research. Int J Eat Disord. 2013; 46(3):193-207.

16. Johnson JG, Spitzer RL, Williams JB. Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. Psychol Med. 2001; 31(8):1455-66.

17. Guerdjikova AI, McElroy SL, Kotwal R, Keck PE. Comparison of obese men and women with binge eating disorder seeking weight management. Eat Weight Disord EWD. 2007;12(1):19-23.

18. Hudson JI, Lalonde JK, Coit CE, Tsuang MT, McElroy SL, Crow SJ, et al. Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder123. Am J Clin Nutr. 2010; 91(6):1568-73.

19. Raevuori A, Suokas J, Haukka J, Gissler M, Linna M, Grainger M, et al. Highly increased risk of type 2 diabetes in patients with binge eating disorder and bulimia nervosa. Int J Eat Disord. 2015; 48(6):555-62.

20. Mitchell JE, King WC, Pories W, Wolfe B, Flum DR, Spaniolas K, et al. Binge eating disorder and medical comorbidities in bariatric surgery candidates. Int J Eat Disord. 2015; 48(5):471-6.

21. Mitchell JE. Medical comorbidity and medical complications associated with binge-eating disorder. Int J Eat Disord. 2016; 49(3):319-23.

22. Crowell MD, Cheskin LJ, Musial F. Prevalence of gastrointestinal symptoms in obese and normal weight binge eaters. Am J Gastro-enterol. 1994; 89(3):387-91.

23. Rosenberg N, Bloch M, Ben Avi I, Rouach V, Schreiber S, Stern N, et al. Cortisol response and desire to binge following psychological stress: comparison between obese subjects with and without binge eating disorder. Psychiatry Res. 2013; 208(2):156-61.

24. Messerli-Bürgy N, Engesser C, Lemmenmeier E, Steptoe A, Laederach-Hofmann K. Cardiovascular stress reactivity and recovery in bulimia nervosa and binge eating disorder. Int J Psychophysiol. 2010; 78(2):163-8.

25. Blom TJ, Guerdjikova AI, Mori N, Casuto LS, McElroy SL. Placebo cessation in binge eating disorder: effect on anthropometric, cardiovascular, and metabolic variables. Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc. 2015; 23(1):86-8.

26. Godart N-T, Perdereau F, Jeammet P, Flament M-F. Comorbidité entre les troubles du comportement alimentaire et les troubles anxieux Première partie : revue méthodologique. L'Encéphale. 2005; 31(1):44-55.

27. Godart NT, Perdereau F, Rein Z, Berthoz S, Wallier J, Jeammet P, et al. Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. J Affect Disord. 2007; 97(1-3):37-49.

28. Godart N, Radon L, Curt F, Duclos J, Perdereau F, Lang F, et al. Mood disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of ONSET. J Affect Disord. 2015; 185:115-22.

29. Godart NT, Perdereau F, Jeammet P, Flament MF. Comorbidité des troubles du comportement alimentaire et des troubles anxieux: Deuxième partie : résultats. L'Encéphale. 2005; 31(2):152-61.

30. Godart NT, Flament MF, Perdereau F, Jeammet P. Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: A review. Int J Eat Disord. 2002; 32(3):253-70.

31. Nøkleby H. Comorbid drug use disorders and eating disorders - a review of prevalence studies. Nord Stud Alcohol Drugs. 2012; 29(3):303-14.

32. Gadalla T, Piran N. Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta analysis. Arch Womens Ment Health. 2007; 10(4):133-40.

33. Calero-Elvira A, Krug I, Davis K, López C, Fernández-Aranda F, Treasure J. Meta-analysis on drugs in people with eating disorders. Eur Eat Disord Rev. 2009; 17(4):243-59.

34. Haug DNA, Heinberg LJ, Guarda AS. Cigarette smoking and its relationship to other substance use among eating disordered inpatients. Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes. 2013; 6(3):130-9.

35. Anzengruber D, Klump KL, Thornton L, Brandt H, Crawford S, Fichter MM, et al. Smoking in eating disorders. Eat Behav. 2006; 7(4):291-9.

36. Godt K. Personality disorders in 545 patients with eating disorders. Eur Eat Disord Rev. 2008; 16(2):94-9.

37. Magallón-Neri E, González E, Canalda G, Forns M, De La Fuente JE, Martínez E, et al. Prevalence and severity of categorical and dimensional personality disorders in adolescents with eating disorders. Eur Eat Disord Rev. 2014; 22(3):176-84.

38. Steinhausen H-C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. Am J Psychiatry. 2002; 159(8):1284-93.

39. Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL, Crow SJ. Long-term outcome of bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry. 1999; 56(1):63-9.

40. Steinhausen H-C, Weber S. The outcome of bulimia nervosa: Findings from one-quarter century of research. Am J Psychiatry. 2009; 166(12):1331-41.

41. Fichter MM, Quadflieg N. Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study. Int J Eat Disord. 2016; 49(4):391-401.

42. Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications. Clin Psychol Rev. 2006; 26(6):769-82.

43. Preti A, Rocchi MBL, Sisti D, Camboni MV, Miotto P. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. Acta Psychiatr Scand. 2011; 124(1):6-17.

44. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, et al. Increased Mortality in Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders. Am J Psychiatry. 2009; 166(12):1342-6.

45. Keel PK, Brown TA. Update on course and outcome in eating disorders. Int J Eat Disord. 2010; 43(3):195-204.

46. Steinhausen H-C, Grigoroiu-Serbanescu M, Boyadjieva S, Neumärker K-J, Metzke CW. Course and predictors of rehospitalization in adolescent anorexia nervosa in a multisite study. Int J Eat Disord. 2008; 41(1):29-36.

47. Gorwood P, Blanchet-Collet C, Chartrel N, Duclos J, Dechelotte P, Hanachi M, et al. New Insights in Anorexia Nervosa. Front Neurosci. 2016; 10:256.

48. Bulik CM, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo SE, Aggen S, Sullivan PF. The relation between eating disorders and components of perfectionism. Am J Psychiatry. 2003; 160(2):366-8.

49. Lilenfeld LR, Stein D, Bulik CM, Strober M, Plotnicov K, Pollice C, et al. Personality traits among currently eating disordered, recovered and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women. Psychol Med. 2000; 30(6):1399-410.

50. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. Am J Psychiatry. 2009; 166(3):311-9.

51. Wang G-J, Geliebter A, Volkow ND, Telang FW, Logan J, Jayne MC, et al. Enhanced Striatal Dopamine Release During Food Stimulation in Binge Eating Disorder. Obesity. 2011; 19(8):1601-8.

52. Broft AI, Berner LA, Martinez D, Walsh BT. Bulimia nervosa and evidence for striatal dopamine dysregulation: A conceptual review. Physiol Behav. 2011; 104(1):122-7.

53. Clarke J, Ramoz N, Fladung A-K, Gorwood P. Higher reward value of starvation imagery in anorexia nervosa and association with the Val66Met BDNF polymorphism. Transl Psychiatry. 2016; 6(6):e829.

54. Avena NM, Rada P, Hoebel BG. Evidence for sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. Neurosci Biobehav Rev. 2008; 32(1):20-39.

55. Cathelain S, Brunault P, Ballon N, Réveillère C, Courtois R. L'addiction à l'alimentation : définition, mesure et limites du concept, facteurs associés et implications cliniques et thérapeutiques. Presse Médicale. Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498216300550

56. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Food Addiction: An Examination of the Diagnostic Criteria for Dependence. J Addict Med. 2009; 3(1):1-7.

57. Brunault P, Ballon N, Gaillard P, Réveillère C, Courtois R. Validation of the French version of the Yale Food Addiction Scale: An examination of its factor structure, reliability, and construct validity in a nonclinical sample. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. 2014; 59(5):276-84.

58. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Development of the Yale Food Addiction Scale Version 2.0. Psychol Addict Behav. 2016; 30(1):113-21.

59. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, Herzog DB, Mitchell JE, Powers P, et al. Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, third edition. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association; 2012.

60. Gowers SG, Pilling S, Treasure JL, Fairburn CG, Palmer B, Bell L, et al. Eating disorders in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. London: National Institute for Clinical Excellence. Eating Disorders.; 2004.

61. McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, O'Melia AM. Pharmacological management of binge eating disorder: current and emerging treatment options. Ther Clin Risk Manag. 2012; 8:219-41.

62. Hart S, Russell J, Abraham S. Nutrition and dietetic practice in eating disorder management. J Hum Nutr Diet. 2011; 24(2):144-53.

63. Hay PJ, Claudino AM, Touyz S, Abd Elbaky G. Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016.

64. Hay PP, Bacaltchuk J, Stefano S, Kashyap P. Psychological treatments for bulimia nervosa and binging. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009.

65. Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll HA, Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. Arch Gen Psychiatry. 1995; 52(4):304-12.

66. Wilson GT, Fairburn CC, Agras WS, Walsh BT, Kraemer H. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. J Consult Clin Psychol. 2002; 70(2):267-74.

67. Byrne SM, Fursland A, Allen KL, Watson H. The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. Behav Res Ther. 2011; 49(4):219-26.

68. Waller G, Gray E, Hinrichsen H, Mountford V, Lawson R, Patient E. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and atypical bulimic nervosa: Effectiveness in clinical settings. Int J Eat Disord. 2014; 47(1):13-7.

69. Turner H, Marshall E, Stopa L, Waller G. Cognitive-behavioural therapy for outpatients with eating disorders: Effectiveness for a transdiagnostic group in a routine clinical setting. Behav Res Ther. 2015; 68:70-5.

70. Poulsen S, Lunn S, Daniel SIF, Folke S, Mathiesen BB, Katznelson H, et al. A Randomized Controlled Trial of Psychoanalytic Psychotherapy or Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa. Am J Psychiatry. 2014; 171(1):109-16.

71. Lock J, le Grange D. Family-Based Treatment of Eating Disorders. Int J Eat Disord. 2005;37(Suppl):S64-7.

72. Forsberg S, Lock J. Family-based treatment of child and adolescent eating disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2015; 24(3):617-29.

73. Le Meaux Montavon S. Revue des différentes pratiques thérapeutiques de l'anorexie mentale.

74. Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire. Analyse des questionnaires envoyés au structure de soins et associations prenant en charge des personnes anorexiques boulimiques. 2006.

75. AFDAS-TCA, FNA-TCA. Anorexie mentale et boulimie et si on arrêtait le gâchis ? Coût individuel, familial, économique et social des troubles du comportement alimentaire. 2015;

76. Joy EA, Wilson C, Varechok S. The multidisciplinary team approach to the outpatient treatment of disordered eating. Curr Sports Med Rep. 2003; 2(6):331-6.

77. Keller MB, Herzog DB, Lavori PW, Bradburn IS, Mahoney ES. The naturalistic history of bulimia nervosa: Extraordinarily high rates of chronicity, relapse, recurrence, and psychosocial morbidity. Int J Eat Disord. 1992; 12(1):1-9.

78. Becker AE. Outpatient management of eating disorders in adults. Curr Womens Health Rep. 2003; 3(3):221-9.

79. Vandereycken W, Pierloot R. Drop-out during in-patient treatment of anorexia nervosa: A clinical study of 133 patients. Br J Med Psychol. 1983; 56(2):145-56.

80. Kahn C, Pike KM. In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2001; 30(3):237-44.

81. Zeeck A, Hartmann A, Buchholz C, Herzog T. Drop outs from in-patient treatment of anorexia nervosa. Acta Psychiatr Scand. 2005; 111(1):29-37.

82. Eckert ED, Halmi KA, Marchi P, Grove W, Crosby R. Ten-year follow-up of anorexia nervosa: Clinical course and outcome. Psychol Med. janv 1995;25(1):143-56.

83. Pike KM. Long-term course of anorexia nervosa: Response, relapse, remission, and recovery. Clin Psychol Rev. 1998; 18(4):447-75.

84. Pavlova B, Uher R, Dragomirecka E, Papezova H. Trends in hospital admissions for eating disorders in a country undergoing a socio-cultural transition, the Czech Republic 1981–2005. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009; 45(5):541-50.

85. Royal College of Psychiatrists. Eating Disorders in the UK Service distribution, service development and training. London; 2012.

86. Lievers LS, Curt F, Wallier J, Perdereau F, Rein Z, Jeammet P, et al. Predictive factors of length of inpatient treatment in anorexia nervosa. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2009; 18(2):75-84.

87. Zipfel S, Reas DL, Thornton C, Olmsted MP, Williamson DA, Gerlinghoff M, et al. Day hospitalization programs for eating disorders: A systematic review of the literature. Int J Eat Disord. 2002; 31(2):105-17.

88. Horvitz-Lennon M, Normand S-LT, Gaccione P, Frank RG. Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: A systematic review of published literature (1957–1997). Am J Psychiatry. 2001; 158(5):676-85.

89. Garfinkel PE. The treatment of anorexia nervosa in Toronto. J Psychiatr Res. 1985; 19(2-3):405-11.

90. Piran N, Kaplan A, Kerr A, Shekter-Wolfson L, Winocur J, Gold E, et al. A day hospital program for anorexia nervosa and bulimia. Int J Eat Disord. 1989; 8(5):511-21.

91. Olmsted MP, Kaplan AS, Rockert W. Relative efficacy of a 4-day versus a 5-day day hospital program. Int J Eat Disord. 2003; 34(4):441-9.

92. Olmsted MP, McFarlane T, Trottier K, Rockert W. Efficacy and intensity of day hospital treatment for eating disorders. Psychother Res J Soc Psychother Res. 2013;23(3):277-86.

93. Gerlinghoff M, Backmund H, Franzen U, Gorzewski B, Fenzel T. Structured day care therapy program for eating disorders. Psychother Psychosom Med Psychol. 1997; 47(1):12-20.

94. Gerlinghoff M, Backmund H, Franzen U. Evaluation of day treatment programme for eating disorders. Eur Eat Disord Rev. 1998; 6(2):96-106.

95. Lammers MW, Exterkate CC, De Jong C a. J. A Dutch day treatment program for anorexia and bulimia nervosa in comparison with internationally described programs. Eur Eat Disord Rev. 2007; 15(2):98-111.

96. Franzen U, Backmund H, Gerlinghoff M. Day treatment group programme for eating disorders: Reasons for drop-out. Eur Eat Disord Rev. 2004; 12(3):153-8.

97. Stewart TM, Williamson DA. Multidisciplinary Treatment of Eating Disorders--Part 1: Structure and Costs of Treatment. Behav Modif. 2004; 28(6):812-30.

98. Stewart TM, Williamson DA. Multidisciplinary Treatment of Eating Disorders--Part 2: Primary Goals and Content of Treatment. Behav Modif. 2004; 28(6):831-53.

99. Levitt JL, Sansone RA. The treatment of eating disorder clients in a community-based partial hospitalization program. J Ment Health Couns. 2003; 25(2):140-51.

100. Peake KJ, Limbert C, Whitehead L. An evaluation of the Oxford Adult Eating Disorders Service between 1994 and 2002. Eur Eat Disord Rev. 2005; 13(6):427-35.

101. Thornton C, Beumont P, Touyz S. The Australian experience of day programs for patients with eating disorders. Int J Eat Disord. 2002; 32(1):1-10.

102. Willinge AC, Touyz SW, Thornton C. An evaluation of the effectiveness and short-term stability of an innovative Australian day patient programme for eating disorders. Eur Eat Disord Rev. 2010; 18(3):220-33.

103. Zeeck A, Herzog T, Hartmann A. Day Clinic or Inpatient Care for Severe Bulimia Nervosa? Eur Eat Disord Rev. 2004; 12(2):79-86.

104. Kong S. Day treatment programme for patients with eating disorders: randomized controlled trial. J Adv Nurs. 2005; 51(1):5-14.

105. Abbate-Daga G, Gramaglia C, Preda S, Comba E, Brustolin A, Fassino S. Day hospital programmes for eating disorders: a review of the similarities, differences and goals. Eat Weight Disord EWD. 2009; 14(2-3):e31-41.

106. Abbate-Daga G, Marzola E, De-Bacco C, Buzzichelli S, Brustolin A, Campisi S, et al. Day Hospital Treatment for Anorexia Nervosa: A 12-Month Follow-up Study. Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc. 2015; 23(5):390-8.

107. Schaffner ADI, Buchanan LP. Integrating evidence-based treatments with individual needs in an outpatient facility for eating disorders. Eat Disord J Treat Prev. 2008; 16(5):378-92.

108. Schaffner AD, Buchanan LP. Evidence-based practices in outpatient treatment for eating disorders. Int J Behav Consult Ther. 2010;6(1):35-44.

109. Bégin C, Gagnon-Girouard M-P, Aimé A, Ratté C. Trajectories of eating and clinical symptoms over the course of a day hospital program for eating disorders. Eat Disord J Treat Prev. 2013; 21(3):249-64.

110. Piran N, Langdon L, Kaplan A, Garfinkel PE. Evaluation of a day hospital program for eating disorders. Int J Eat Disord. 1989; 8(5):523-32.

111. Fittig E, Jacobi C, Backmund H, Gerlinghoff M, Wittchen H-U. Effectiveness of day hospital treatment for anorexia nervosa and bulimia nervosa. Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc. 2008; 16(5):341-51.

112. Goldstein M, Peters L, Baillie A, McVeagh P, Minshall G, Fitzjames D. The effectiveness of a day program for the treatment of adolescent anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2011; 44(1):29-38.

113. Meads C, Gold L, Burls A. How effective is outpatient care compared to inpatient care for the treatment of anorexia nervosa? A systematic review. Eur Eat Disord Rev. 2001; 9(4):229-41.

114. Zeeck A, Weber S, Sandholz A, Wetzler-Burmeister E, Wirsching M, Hartmann A. Inpatient versus day clinic treatment for bulimia nervosa: A randomized trial. Psychother Psychosom. 2009; 78(3):152-60.

115. Herpertz-Dahlmann B, Schwarte R, Krei M, Egberts K, Warnke A, Wewetzer C, et al. Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. The Lancet. 2014; 383(9924):1222-9.

116. Yager J, Andersen A, Devlin M, Egger H, Herzog D, Mitchell J, et al. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, second edition. In: American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium 2002. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association; 2002. p. 697-766.

117. Geliebter A, Aversa A. Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. Eat Behav. janv 2003;3(4):341-7.

118. Nolan LJ, Halperin LB, Geliebter A. Emotional Appetite Questionnaire. Construct validity and relationship with BMI. Appetite. 2010.

119. Spielberger C. STAI manual for the State-trait anxiety inventory. Self-Eval Quest. 1970;1-24.

120. Whiteside SP, Lynam DR, Miller JD, Reynolds SK. Validation of the UPPS impulsive behaviour scale: a four-factor model of impulsivity. Eur J Personal. 2005;19(7):559-74.

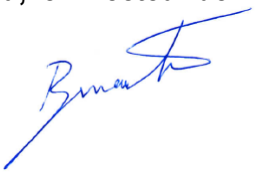
121. Billieux J, Rochat L, Ceschi G, Carré A, Offerlin-Meyer I, Defeldre A-C, et al. Validation of a short French version of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale. Compr Psychiatry. 2012; 53(5):609-15.

122. Venisse JL, Mammar N. Un exemple de prise en charge ambulatoire des anorexies difficiles : L'anorexie. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1999;47(7-8):330-3.

123. Castro-Fornieles J, Casulà V, Saura B, Martínez E, Lazaro L, Vila M, et al. Predictors of weight maintenance after hospital discharge in adolescent anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2007; 40(2):129-35.

124. Guisseau-Gohier M, Grall-Bronnec M, Lambert S, Venisse J-L. Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale. Inf Psychiatr. 2014; 83(5):389-95.

Vu, le Directeur de Thèse



Vu, le Doyen
de la Faculté de médecine de TOURS

Lemercier Pauline

107 pages – 11 tableaux – 8 figures - 8 Annexes

Résumé :

Introduction : Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont des pathologies fréquentes associées à de nombreuses comorbidités somatiques, psychiatriques et responsables d'une forte mortalité. L'hôpital de jour s'impose comme une approche complémentaire aux consultations ambulatoires et à l'hospitalisation temps plein. L'objectif de notre *première étude* était de réaliser un état des lieux quant aux types de soins et à l'organisation des hôpitaux de jour prenant en charge les patients souffrant d'un TCA en France. L'objectif de notre *seconde étude* était d'évaluer, chez des patients suivis en ambulatoire pour un TCA, quels pouvaient être leurs attentes par rapport à une prise en charge en hôpital de jour, en essayant de mieux cerner le profil clinique des patients percevant ces soins comme utiles. Une des spécificités de notre travail était d'inclure tous les types de TCA (anorexie mentale, boulimie nerveuse et hyperphagie boulimique). **Matériel et Méthode :** Dans l'*étude n°1*, nous avons évalué l'organisation et les types de soins proposés en hôpital de jour à l'aide d'un questionnaire en 34 items qui a été envoyé par mail à des structures prenant en charge les TCA (identification via l'annuaire AFDAS-TCA et l'association ENFINE). Parmi les 73 structures sollicitées, 45 ont répondu et 32 ont été inclues dans les analyses, dont 15 étaient des hôpitaux de jour spécialisés dans la prise en charge des TCA et 17 étaient des hôpitaux de jour généraux prenant en charge les patients souffrant d'un TCA parmi d'autres troubles psychiatriques. Dans l'*étude n°2*, nous avons inclus 36 patients consultant ou ayant consulté en ambulatoire au CHRU de Tours pour un TCA. Nous avons évalué auprès d'eux les variables suivantes à l'aide d'auto-questionnaires : utilité perçue, attentes vis-à-vis d'une prise en charge en hôpital de jour, caractéristiques sociodémographiques, prise en charge actuelle, anxiété trait (State Trait Anxiety Inventory forme B), alimentation émotionnelle (Emotional Appetite Questionnaire) et impulsivité (UPPS Impulsive Behavior Scale). Nous avons ensuite identifié les variables associées au fait de percevoir l'hôpital de jour comme utile et au type de TCA, et nous avons comparé les attentes des patients avec les soins proposés actuellement dans les structures spécialisées. **Résultats :** *Etude n°1 :* les hôpitaux de jour spécialisés s'accordaient sur : la composition de l'équipe, l'évaluation préalable pluridisciplinaire, la coordination avec les autres services, les indications/ contre-indications et certaines modalités de prise en charge. Toutefois, nous avons retrouvé des différences concernant : l'intensité des soins, la mise en place ou non d'un contrat thérapeutique, les types de groupes et les activités thérapeutiques proposées. *Etude n°2 :* 77,8% des patients percevaient l'hôpital de jour comme potentiellement utile. Ces patients étaient significativement plus âgés, avaient un indice de masse corporelle (IMC) plus élevé et avaient un niveau plus faible de recherche de sensations, mais ils ne différaient pas des autres en termes de sexe, d'anxiété trait, d'impulsivité ou d'alimentation émotionnelle. **Discussion :** Ce travail a mis en évidence une diversité des pratiques et des soins proposés en hôpital de jour pour les patients souffrant d'un TCA ainsi que leur faible nombre en France, qui contraste avec la perception d'utilité de ce type de soin par les patients (plus de trois quart des patients souffrant d'un TCA percevaient ces soins comme utiles). Ce travail préliminaire a permis d'identifier certaines attentes des patients vis-à-vis des soins proposés en hôpital de jour et de les comparer aux soins existants, ce qui pourra servir de base à des travaux ultérieurs sur cette thématique en considérant une population plus importante.

Mots clefs : hôpital de jour, anorexie mentale, boulimie nerveuse, hyperphagie boulimique, trouble du comportement alimentaire, état des lieux, attente, ambulatoire, intensif, multidisciplinaire.

Jury :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS
Directeur de thèse : Docteur Paul BRUNAULT
Codirecteur de thèse : Docteur Grégoire HUGUET
Membres du Jury : Professeur Nicolas BALLON
Professeur Régis HANKARD
Professeur Marie GRALL - BRONNEC