

**SPF SANTÉ PUBLIQUE  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT**

**BRUXELLES, le 12 février 2015**

**DIRECTION GÉNÉRALE SOINS DE SANTÉ**

**CONSEIL NATIONAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

-----

**Groupe de travail Permanent "psychiatrie"**

**Réf. : CNEH/D/PSY/447-1 (\*)**

**Avis relatif au projet-pilote « Traitement de jour pour les troubles  
alimentaires (anorexie mentale, boulimie, binge eating) »**

Au nom du président,  
M. Peter Degadt

Le secrétaire,  
C. Decoster

(\*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau du 12 février 2015

## **Contexte de la demande d'avis**

Le Centre Thérapeutique des Troubles Alimentaires (CTTA) développe un projet-pilote pour le traitement de jour des troubles alimentaires de l'adolescent (anorexie mentale, boulimie).

Le traitement ambulatoire du CTTA est intégré au sein du programme Anorexie-Boulimie de l'hôpital psychiatrique « Le Domaine-ULB-Erasme » à Braine-l'Alleud. Ce programme comprend, en plus du traitement ambulatoire du CTTA, une consultation de psychiatrie et une unité d'hospitalisation.

Ce projet-pilote, initié en 2006, est composé d'une équipe de 11 professionnels (8 ETP) dont 1 médecin psychiatre, 1 infirmière coordinatrice, 2 infirmières, 4 psychologues, 1 diététicienne, 1 ergothérapeute, 1 kinésithérapeute.

Suite à la demande d'avis de la Cellule stratégique de Madame la Ministre Onkelinx, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions Culturelles fédérales, un groupe de travail ad hoc du Groupe Permanent Psychiatrie du Conseil National des Etablissements Hospitaliers (CNEH) a été mis en route.

## **Mise en route du groupe de travail ad hoc du Groupe Permanent Psychiatrie du CNEH**

Membres du CNEH : Stéphane Hoyoux (président), Dr Annik Lampo, Ann Moens, Dr Jozef Peuskens

Experts permanents : Dr Annick Appart, Dr Guido Pieters

Membres du SPF SPSCAE : Dominique Bonarelli, Paul De Bock

Les questions adressées au groupe de travail permanent psychiatrie sont :

1. La prise en charge ambulatoire organisée dans le cadre du présent projet-pilote apporte-t-elle une réelle plus-value comparativement à une prise en charge hospitalière classique ?
2. L'impact coût-bénéfice du présent projet-pilote est-il bon ?
3. Quel est l'impact social des troubles traités par le présent projet-pilote (versus dépression, anxiété) ?
4. Quelles sont les thérapies validées au niveau international (+coût) ?

Pour répondre aux 4 questions, les membres du groupe de travail doivent :

- tenir compte de l'offre de soins globale
- analyser la réalité du projet-pilote
- étudier les besoins de la population

## Méthodologie de travail

1. Analyse des rapports d'activités et audition du CTTA
2. Auditions d'experts
3. Rédaction de l'avis et discussion de son contenu en groupe ad hoc

## Introduction

Les troubles du comportement alimentaire peuvent constituer des syndromes cliniques souvent complexes avec des conséquences sur la santé physique, le bien-être psychologique, le développement, l'insertion psychosociale et les relations familiales.

Les troubles peuvent survenir à tout âge, mais surviennent le plus souvent à l'adolescence. Nous pouvons nous référer aux critères du DSM-IV.

**L'anorexie mentale en particulier<sup>1</sup>**: quelques études tentent à démontrer une augmentation régulière de la prévalence de l'anorexie mentale chez les adolescents et un début plus précoce de la maladie.

Plus spécifiquement, l'anorexie mentale est une maladie potentiellement de longue durée. Il existe peu de statistiques en Belgique sur l'incidence (nombre de nouveaux cas par an) et sur la prévalence (nombre de personnes actuellement malade par an), de l'anorexie mentale en Belgique.

A l'échelle Belge, sur base des données de la population en 2008<sup>2</sup>, on peut estimer une incidence d'environ 1260 nouveaux cas par an d'anorexie mentale chez les jeunes de 10 à 19 ans. Si la maladie apparaît majoritairement à l'adolescence et de plus en plus tôt, elle ne fait pas systématiquement l'objet d'un diagnostic, ni d'un diagnostic précoce. Or, plus le traitement est précoce, meilleur est le pronostic.

Il importe de soutenir dès lors des mesures qui permettent un diagnostic spécifique, à temps et des soins professionnels tenant compte du modèle 'stepped care' et si nécessaire, une orientation la plus rapide possible également vers une offre de soins spécialisés capable de proposer un traitement adéquat multidisciplinaire, en y associant les parents et l'environnement familial. Intégrer les parents à la mise en œuvre de la procédure thérapeutique permet, selon la recherche scientifique, d'augmenter les chances d'un pronostic meilleur.

Bien que notre système de soins de santé dispose d'un important potentiel de suivi thérapeutique, le diagnostic de l'anorexie mentale arrive trop souvent tardivement. On estime que moins de la moitié des personnes concernées consultent. La prise en charge est en effet entravée par la difficulté des personnes souffrant d'anorexie mentale de reconnaître leur maladie. Plus les personnes sont jeunes plus les retards dans la pose d'un diagnostic sont particulièrement fréquents.

---

<sup>1</sup> Données fournies par le CTTA.

<sup>2</sup> Statistiques du SPF Economie.

L'ensemble des centres proposant une offre de soins liée à cette maladie converge vers l'idée qu'un diagnostic optimal, à temps et en tenant compte des familles (et/ou proches) est primordial dans la prise en charge.

Le Centre Thérapeutique des Troubles Alimentaires de l'Adolescent (CTTA) observe une augmentation des demandes de traitement de l'anorexie mentale. Malheureusement, les adolescents qui s'adressent au Centre n'arrivent bien souvent qu'après une perte de poids importante, en raison du retard à poser le diagnostic et l'engagement dans des traitements nutritionnels ou diététiques inadaptés.

### Les troubles alimentaires à l'échelle Belge<sup>3</sup>

Les troubles sont considérés principalement chez des filles et des femmes dans les pays industrialisés riches. Dans le tableau, vous trouvez un aperçu des données de la recherche en Europe. Il s'agit de la proportion de la population qui a eu un trouble alimentaire dans leur vie, « lifetime prevalence" (source: [www.eetexpert.be](http://www.eetexpert.be) Bulletin No 8, juillet 2009).

Tableau : prévalence des troubles de l'alimentation dans la population (%)<sup>4</sup>

	TOTALE BEVOLKING			VROUWEN		
	Europa	België	NL	Europa	België	NL
Anorexia nervosa	0.48	0.96	0.37	0.93	1.84	0.78
Boulimia nervosa	0.51	1.06	0.90	0.88	1.88	0.87
Eetbuisstoornis	1.12	1.40	1.13	1.92	2.18	1.50
Eetbuien allerlei	2.15	2.62	1.68	3.03	3.40	2.48
Elke eetstoornis	2.51	3.54	1.87	3.73	5.16	2.89

Le nombre d'hommes ayant des troubles de l'alimentation est très limité pour l'ensemble des trois diagnostics; uniquement pour binge eating nous trouvons un chiffre précis: 1,2 %. En ce qui concerne les chiffres pour les femmes, il faut savoir que le pourcentage se rapporte à la population totale des plus de 18 ans (y compris les personnes âgées). Si on limite les données vers le groupe d'âges 18-29 ans, on peut environ doubler les chiffres. Si nous prenons cela en considération, et compte tenu que les troubles alimentaires sont encore plus nombreux dans le groupe d'âge 10-20 ans, on arrive à peu près à l'estimation suivante chez les femmes belges entre 10 et 30 ans : 3,7 % anorexie mentale, 3,8 % boulimie, 4,4% binge eating et 6,8% non-spécifié. Au total (tous les troubles alimentaires), nous arrivons à une prévalence de 10,3 %. Cela signifie

<sup>3</sup>[www.eetexpert.be/static/uploads/leden/nieuwsbrieven/Nieuwsbrief%20eetexpert%20nr%208.pdf](http://www.eetexpert.be/static/uploads/leden/nieuwsbrieven/Nieuwsbrief%20eetexpert%20nr%208.pdf)

<sup>4</sup> Preti A et al. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1125-1132. Het expertisecentrum eetexpert heeft ook niet-gepubliceerde gegevens over België en Nederland verkregen van de auteurs (met dank aan Giovanni de Girolamo).

que dans notre pays 1/10 des femmes entre 10 et 30 ans peuvent développer un trouble alimentaire.

Selon l'étude Européenne, la Belgique est à la deuxième place après la France et montre des chiffres remarquablement plus élevés que les Pays-Bas. C'est une nouvelle entrée, parce qu'en l'absence de recherche en Belgique, la situation au Pays-Bas a été utilisée pour en déduire des chiffres épidémiologiques pour la Belgique.

D'autres résultats importants de cette recherche concernent la comorbidité et le traitement. Les troubles alimentaires sont souvent associés avec d'autres troubles psychiatriques, en particuliers troubles de l'anxiété et l'humeur. Dans le cas de l'anorexie 42,1 %, la boulimie 69,4 % et binge eating 62,2 %. Dans cette recherche Européenne le nombre de personnes qui ont demandé de l'aide professionnelle est remarquablement faible: 35 % dans l'anorexie mentale, boulimie et 48 % à 30 % dans les autres troubles de l'alimentation (source : [www.eetexpert.be](http://www.eetexpert.be); Bull No 8, juillet 2009).

## **Etape 1 : Auditions et commentaires sur le centre**

### 1. Analyse des rapports d'activités et audition du CTTA

#### *a. Méthodologie du CTTA*

Le CTTA se base sur des publications de recherches effectuées ces 20 dernières années décrivant et rapportant des résultats bénéfiques<sup>5</sup> des interventions psychologiques notamment les traitements psychologiques appuyés empiriquement (TPAE).

Le CTTA base son travail sur deux modèles de prise en charge :

- Le modèle familial
- Le modèle Cognitive Behavior Therapy-Eating (CBT-E) multidisciplinaire

Le **modèle familial** est basé sur le groupe familial. La maladie ne permet plus à l'adolescent de prendre de bonnes décisions concernant l'alimentation. La maladie devient le principal organisateur des relations familiales. Les parents sont compétents pour reprendre temporairement le contrôle de la symptomatologie anorexique ou boulimique. Le thérapeute se centre sur les relations intra et interfamiliales. Le patient reçoit le soutien de ses parents et de la fratrie par l'organisation d'un contexte de vie stable et sécurisant.

Le **modèle CBT-E multidisciplinaire** repose sur la base d'une thérapie individuelle cognitive et comportementale (CBT-E). La psychopathologie montre une surévaluation du poids et des formes corporelles et le besoin de les contrôler. Le patient est compétent. Le thérapeute se centre sur les comportements, les cognitions, les émotions du patient.

Le traitement basé sur la famille montre une bonne efficacité pour les adolescents, la thérapie individuelle focalisée sur le développement de l'adolescent et la thérapie cognitivo-comportementale donnent des résultats intéressants également.

Le CTTA s'appuie sur des TPAE, cette utilisation s'avère particulièrement difficile à cause du caractère complexe des thérapies psychologiques. Pour ce faire, le Centre a élaboré un manuel pour chacun des deux modules de soins – la thérapie multifamiliale et la thérapie multidisciplinaire cognitivo-comportementale. Chaque manuel décrit opérationnellement les approches thérapeutiques afin qu'elles puissent être transmises aux différents membres de l'équipe.

Caractéristiques de la méthodologie :

- Evidence based
- spécifique aux troubles alimentaires
- approche trans-diagnostique

---

<sup>5</sup> Cfr Dr Simon et I. Baïssas, Pratiques validées dans les troubles du comportement alimentaire in Family Process.

- intensive et multidisciplinaire
- prise en compte du contexte développemental, familial et scolaire
- prise en compte de la charge de travail des parents (beaux- parents, fratrie) et de ses conséquences : fatigue, découragement, épuisement, burn-out, etc.
- durée limitée dans le temps
- centrée sur le présent
- intégrer des techniques psychoéducatives et de support social
- visant à l'activation des problèmes et des ressources en séance
- feedback aux patients et leur famille sur les effets de la thérapie à partir des questionnaires

*b. Critères d'inclusion et d'exclusion*

- Adolescents âgés entre 12 et 18 ans.
- Troubles alimentaires répondant aux critères DSM-IV (anorexie mentale, boulimie, hyperphagie boulimique).
- Indications conditionnelles pour un traitement spécifique d'un trouble alimentaire : dépression traitée, trouble anxieux, troubles obsessionnels compulsifs, syndrome de stress post-traumatique.
- Non indication pour ce traitement spécifique d'un trouble alimentaire : troubles graves de la personnalité, conduites multi-impulsives, autisme, schizophrénie, handicap mental (débilité), alcoolisme, toxicomanie.

*c. Résultats*

Du 1/11/2006 au 31/08/2013, 437 familles ont fait une demande au CTTA. Sur ce nombre, 248 étaient une indication pour le CTTA. Au vu des situations, 48 d'entre-elles ont-été réorientées. Ainsi, sur 7 ans 204 familles ont été suivies ce qui constitue un caseload moyen annuel de 30 inclusions

Le taux de fréquentation moyen au module multifamilial est de 97,4 % Les absences sont motivées par des « vacances familiales » et des « obligations scolaires ».

Le taux de fréquentation moyen au module CBT-E multidisciplinaire est de 96,8 %. Les absences sont motivées pour cause de « maladie », pour « obligation scolaire » et pour « refus de l'adolescent de se présenter au CTTA ». Le taux de participation des familles aux groupes conjoints s'élève à 100%.

80% des patients suivis sont sortis au terme prévu du traitement.

Le projet s'évalue sur les données suivantes :

- Les actes techniques complexes appliqués dont un manuel a été élaboré
- Traitements basés sur des preuves factuelles
- Ajustement à la sévérité
- Activité : nombre d'actes par an
- Notoriété: Patients domiciliés en dehors de la zone d'activité
- Durée du traitement connue
- Publications scientifiques

*d. Suivi post-traitement*

Selon les informations reçues, nous pouvons estimer que nous manquons des données sur l'évolution des patients suivis au CTTA après la prise en charge. Les patients ne pouvant être pris en charge qu'une seule fois dans le centre, comment pouvons-nous estimer que les patients ne rechutent pas ou peu après ce suivi spécifique.

Le CTTA a mis en place un questionnaire spécifique pour évaluer le suivi après traitement. Ce questionnaire est envoyé aux personnes prises en charge ainsi qu'à leur famille. Les réponses aux questionnaires sont sur base volontaire des participants. Le CTTA reçoit, en moyenne, 50% de réponses.

Les premières données à un an ont été analysées par le centre. Ce dernier précise bien que ce n'est pas une recherche scientifique.

La méthodologie du questionnaire et de son analyse ont toutefois été approuvées par le comité scientifique d'une revue internationale (Family Process).

Le CTTA travaille, avec l'Université de Mons, les données à 6 mois et 1 an pour la TMF, en vue d'une publication dans cette revue de même pour les données du module CBT-E. Le Centre a commencé à adresser les questionnaires à 5 ans après la fin de la thérapie TMF et module CBT-E.

*e. Intégration du CTTA dans le réseau*

Les indicateurs de qualité pour la collaboration dans le réseau se montrent par :

- Le niveau de collaboration avec l'ensemble des acteurs de réseau.
- La présence d'un rapport médical adressé aux médecins généralistes et aux professionnels de la santé (psychothérapeutes, diététiciens, autres médecins ...) après la première consultation ainsi qu'au début et à la fin du traitement au CTTA.
- Les prises de contact avec le médecin généraliste, l'envoyeur (par exemple association de parents, psychologue), l'école et le Centre PMS et, parfois, avec les médecins du travail (parents).



## **Etape 2 : Auditions de services spécialisés**

### *1. Vlaamse Academie Eetstoornissen (VAE)*

Association pour professionnels dans le traitement des troubles alimentaires, travaillant entre autres dans les établissements suivants : UPC KUL campus Kortenberg, UZ Gent, ZNA Antwerpen, UZ Brussel, PZ Broeders Alexianen Tienen,... Elle est destinée aux professionnels qui travaillent avec des patients ayant des troubles alimentaires avec pour missions l'échange de connaissances, la recherche, l'amélioration des traitements, la formation, l'organisation de conférences,... Les objectifs sont d'améliorer la structure et la qualité des soins aux patients concernés. La VAE vise la concertation et la collaboration entre les différents centres spécialisés.

### *2. CHC Site Clinique de l'Espérance à Montegnée*

Prise en charge de l'anorexie mentale par une équipe multidisciplinaire au sein d'un service de pédiatrie. La prise en charge est ambulatoire sauf dans les cas plus sévères où l'ambulatoire n'est pas suffisant. L'équipe assure un suivi médical et psychologique en individuel et en famille avec des références analytiques et systémiques.

### *3. CHC Site Saint-Joseph à Liège*

Expérience multidisciplinaire dans la prise en charge des troubles des conduites alimentaires de l'adolescence et de l'adulte. La prise en charge est ambulatoire ou en hospitalisation avec des références cognitivo-comportementaliste et systémique.

### *4. CHU Saint-Luc à Bruxelles*

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont principalement traités via des soins ambulatoires dont les principaux envoyeurs sont les professionnels des soins de santé. La prise en charge propose des groupes de parole, un lieu de réflexion et d'échanges d'expériences personnelles autour des difficultés que vivent les parents.

### *5. La Clinique Fond'Roy-La Ramée à Bruxelles*

La prise en charge est essentiellement dans le cadre d'hospitalisation. La prise en charge repose sur un référentiel analytique. Le service propose une diversité d'offre de soins correspondant à la diversité des profils de patients.

### *6. L'asbl « Eetexpert »*

Centre d'expertise des troubles alimentaires avec pour missions d'informer, conseiller, rechercher et former. Cette asbl a élaborée un guide pour les professionnels afin de les aider à mieux détecter les troubles alimentaires. Elle a pour finalité de contribuer à améliorer la prévention et les trajets de soins liés aux troubles alimentaires en Flandre.

### **Etape 3 : Constatations**

#### Une première constatation

Nous constatons l'importance d'une prise en charge spécifique et à temps des troubles alimentaires.

Si un problème de santé n'est pas traité rapidement, il y a un grand risque de chronicisation.

L'anorexie mentale requiert un traitement adapté et différencié à chaque individu en fonction de son âge, des objectifs poursuivis, des modalités de traitement disponibles et du contexte de vie.

#### Une deuxième constatation

Les auditions montrent qu'il y a de nombreux éléments communs dans l'organisation des soins et qui nécessite une approche globale et intégrée dans les réseaux de soins en santé mentale (107 et enfants et adolescents).

En Flandre, des associations (telle la Vlaamse Academie Eetstoornissen) sont plus formalisées qu'en Wallonie.

Les constats communs :

- Les troubles alimentaires restent trop longtemps dans l'ombre. Les médecins généralistes ont peu de possibilités lorsqu'un trouble alimentaire est diagnostiqué.
- Il est important de continuer à soutenir la première ligne aux troubles alimentaires.
- Un manque de formation spécifique de base des intervenants sur cette problématique.
- Des listes d'attente dans certains centres spécialisés.
- Trop peu de prise en charge dans les services de santé mentale.
- Pas de reconnaissance officielle des autorités pour les forums de concertation.

La particularité :

- La Vlaamse Academie Eetstoornissen fonctionne de manière plus autonome. C'est également un partenariat de coordination formalisée. En Wallonie, il existe une structure de concertation plus informelle, également organisée de manière bénévole.
- Dans le cadre de la prévention, l'asbl Eetexpert bénéficie d'une reconnaissance officielle (subvention du Gouvernement flamand).

#### Une troisième constatation

Le travail en réseau de soins améliore la collaboration entre partenaires et permet à chacun de préciser son rôle et ses tâches. Il augmente les connaissances des médecins généralistes sur la pathologie et les traitements et devrait permettre le repérage précoce, de poser le diagnostic et de proposer une prise en charge adéquate.

L'objectif est de réduire la durée des soins, améliorer le pronostic et de réduire le nombre d'hospitalisations.

### Une quatrième constatation

Concernant le projet-pilote, nous constatons que le centre est sélectif sur les critères d'inclusion et de suivi dans la prise en charge. Nous nous interrogeons sur le fait du coût de cet investissement compte-tenu du fait que les coûts des différentes formes de soins ne pouvaient pas être comparés (cfr. proposition d'avis page 10). Les initiatives thérapeutiques pour troubles alimentaires qui ont été auditionné et dont plusieurs appliquent des approches plus ou moins similaires, fonctionnent avec les moyens réguliers du BMF de l'hôpital. Faute de moyens plus amples il n'ont pas toujours la possibilité d'une guidance ambulatoire et d'un follow-up aussi intensive des patients et des familles que le projet décrit.

## Réponses aux questions posées

1. *La prise en charge ambulatoire organisée dans le cadre du présent projet-pilote apporte-t-elle une réelle plus-value comparativement à une prise en charge hospitalière classique ?*

Nous avons constaté que le traitement mis en place au CTTA peut apporter une plus-value à l'offre de soins « classique » existante. Le service offre des possibilités additionnelles au traitement des troubles alimentaires. La combinaison des deux modèles de prise en charge (familial et cognitive behavior therapy) et un staff large est une plus-value car elle enrichit une offre de prise en charge, ce qui pourrait permettre d'éviter la chronicisation et l'hospitalisation de cette patientèle.

En outre, une plus-value ne peut être objectivée et appréciée, que par une analyse de la méthodologie de travail mise en place et de l'analyse des résultats chiffrés.

La méthodologie est basée sur des expériences validées internationalement.

En termes cliniques, cette offre de soins est unique en Belgique. Nous ne sommes donc pas en mesure de la comparer à d'autres services.

Les résultats chiffrés, notamment en ce qui concerne les données du suivi, n'étaient pas disponibles.

2. *L'impact coût-bénéfice du présent projet-pilote est-il bon ?*

La réflexion est la même que pour la question précédente. Etant l'unique projet en Belgique, nous ne pouvons comparer les coûts.

La sélectivité des patients inclus au CTTA est problématique (jeune, motivé, ambulatoire, sans comorbidité psychopathologique et entouré d'une famille motivée). En effet, ce programme n'est mis en place qu'avec les patients correspondant aux critères d'inclusion (cfr. point 1.b. page 4) motivés. Certes, les résultats obtenus sont bons à court terme. Néanmoins, il est impossible d'exclure si la santé de ces patients motivés (avec un bon pronostic) se serait améliorée en suivant un autre traitement. Les données objectives à ce sujet sont inexistantes et les données sur d'un suivi manquent. Le 'coût-bénéfice' du projet est donc difficile à estimer. Il est impossible de dire qu'elle aurait été le devenir des patients pris en charge avec une autre approche.

Par ailleurs, il est difficile à dire avec certitude si la sélectivité du CTTA a des effets néfastes ou bénéfiques. Certains pensent que la sélectivité peut permettre de créer des groupes thérapeutiques plus performants (et donc rendre le traitement plus efficace). Cet avis semble partagé. Néanmoins, l'absence de groupe contrôle ne permet pas de se positionner avec certitude sur ce point.

### 3. *Quel est l'impact social des troubles traités par le présent projet-pilote (versus dépression, anxiété) ?*

On retrouve les troubles alimentaires graves surtout chez les jeunes. Non-traité, les problèmes ont un impact significatif sur la santé, sur la vie en général et sur les relations sociales des patients. Aussi bien leur condition physique que leur développement psychique sont en péril. C'est donc clair qu'il faut une détection et des soins précoces, à fin de préserver au maximum leurs opportunités et leur future participation à la vie sociale.

On retrouve souvent des troubles psychopathologiques associés à l'anorexie mentale. D'après certaines études, les principaux troubles psychologiques associés à l'anorexie, sont :

- la détresse liée aux relations interpersonnelles et la détresse liée au rôle social ;
- la dépression qui affecteraient 60 à 96 % des anorexiques à un moment ou l'autre de la maladie.

Pour évaluer l'impact de la thérapie sur la psychopathologie associé au trouble du comportement alimentaire, le CTTA a utilisé plusieurs échelles comme indicateurs potentiels des effets thérapeutiques de la prise en charge tant sur l'évolution de l'état des patients que de leur famille. Nous vous renvoyons vers les rapports d'activité du CTTA pour les détails de leurs analyses.

Il en ressort qu'au vu de leurs résultats, la prise en charge thérapeutique diminue tant la détresse liée au rôle social qu'aux relations interpersonnelles. Les scores montrent qu'il y a maintien de l'amélioration vers la fin de la thérapie et après un an. Ces résultats sont aussi révélateurs chez les parents de la personne prise en charge.

### 4. *Quelles sont les thérapies validées au niveau international (+coût) ?*

Les guides de bonne pratique datent du début des années 2000 (Bacaltchuk, Hay, & Trefiglio, 2001; INSERM, 2004; NICE, 2004; Wilson & Shafran, 2005). Plus récemment, l'American Psychiatric Association ((APA, 2013; Yager et al., 2012), la Haute Autorité de Santé en France (Haute Autorité de Santé, 2010) et l'Australian Psychological Society (T Wade, Byrne, & Touyz, 2013) ont réactualisé les recommandations. Les plus récentes ont été publiées en 2013 par l'Australian Psychological Society : dans l'anorexie mentale des adolescents et des enfants, l'approche à privilégier est la thérapie basée sur la famille (FBT). Une thérapie individuelle centrée sur l'adolescence peut être une alternative. Dans le cas de la boulimie des adolescents, l'utilisation de manuel pour s'aider soi-même peut être proposée. En termes de psychothérapie, la thérapie cognitive et comportementale donne des résultats plus rapides se maintenant à long terme.

On retrouve aussi des thérapies validées sur le site néerlandais [www.richtlijneetstoornissen.nl](http://www.richtlijneetstoornissen.nl).

Nous pouvons aussi nous baser sur un article du Dr Simon « Pratiques validées dans les troubles du comportement alimentaire »<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Référence article Dr Simon

## Proposition d'avis

1. Les troubles alimentaires ont un impact important dans la vie des patients. Les patients ont le droit d'une approche approfondie, parce que les troubles risquent de perturber la vie des patients et leur entourage de manière grave.
2. Ce sont des psychopathologies complexes et persistantes, dont le traitement n'est pas évident ni simple. On a donc besoin d'une approche bien désignée et intégrée. Cette approche doit être conforme aux documents approuvés par la CIM concernant les enfants et adolescents et être applicable dans les projets 107 pour adultes
3. Il faut les détecter et traiter aussi tôt que possible parce que les problèmes entravent le développement en l'équilibre psychique des adolescents et des jeunes adultes de manière dévastant.
4. Les principes du 'stepped-care' doivent être appliqué, et les soins doivent être fourni aussi près du milieu de vie du patient que possible et indiqué
  - a. Nous plaignons pour qu'une grande attention soit portée au modèle de soins par palier (stepped-care model). Le rôle des différentes centres spécialisés est primordial mais sur indication spécifique et après un certain nombre d'étapes, comme entre autre la première ligne via entre autres les médecins généralistes et les psychologues.
  - b. Au vu des auditions réalisées, le constat est évident qu'il existe des lacunes dans les connaissances au sens large sur cette problématique des intervenants de la santé de première ligne. Nous recommandons un soutien à la formation, au diagnostic spécifique et aux prises en charge thérapeutiques adaptées des autorités.
5. Si indiqué, on doit avoir accès à des centres spécialisés à temps et un trajet individuel de soins doit être désigné. Le trajet de traitement, y compris un plan de suivi, doivent être établi en réseau avec les acteurs de soins impliqués.
  - a. Les centres spécialisés qui offrent des soins pour troubles alimentaires ont un rôle spécifique aussi bien sur le plan individuel des patients que dans le réseau en santé mentale.
  - b. L'offre des soins tel que le CCTA est une offre qui s'appuie sur des traitements psychologiques appuyés empiriquement (TPAE). Le CCTA base son travail sur deux modèles de prise en charge : le modèle familial et le modèle cognitive behavior Therapy-Eating (CBT-E) multidisciplinaire. Ce modèle est reconnu internationalement.

Compte-tenu du taux de incidence de cette problématique, compte-tenu de l'existence nécessaire des autres offres de soins dans d'autres établissements , compte-tenu qu'on n'a pas encore une évaluation globale des approches différents et de leurs effets, on ne sait pas répondre à ce moment au question s' il faut ouvrir d'avantage de ces centres spécifiques à Bruxelles, en Flandre ou en Wallonie sous cette forme-là, ou s'il faut plutôt prévoir pour les deux autres régions un budget similaire pour le même groupe cible mais pour réaliser d'autres offres de soins spécialisées qui manquent maintenant dans les réseaux.

En tout cas, d'autres approches cliniques de la prise en charge ont également fait leur preuve, et il serait donc utile de soutenir toutes les « bonnes pratiques » existantes.

- c. Nous plaillons également d'une formation adéquate des professionnels pour chacune des étapes du trajet de soins
- d. Une reconnaissance officielle par toutes les autorités des forums de concertation existants (comme entre autres le Vlaamse Academie eetstoornissen et les forums plus informelles en Wallonie et Bruxelles) serait une opportunité pour informer, former et prendre en charge précocement les personnes souffrant de cette pathologie.
- e. Etudier les effets :
  - 1) Le KCE pourrait être sollicité de prévoir un suivi scientifique du travail réalisé au CTTA et aux autres formes de soin spécialisées, à fin d'évaluer l'effet des traitements en du suivi à courte et à plus long terme. Le KCE pourrait exploiter entre autres les données du CTTA dans un contexte plus général de coût de soins de santé et évaluer l'impact financier et social des troubles alimentaires.
  - 2) Sur une évaluation plus précise du devenir des patients ayant terminés ou non un programme thérapeutique, le KCE pourrait collaborer avec l'Inami. Sur base anonymisée, cette dernière devrait disposer d'informations pertinentes à mettre en corrélation avec les informations du CTTA.
  - 3) Il serait également utile de mettre en évidence, sur base d'une étude scientifique, s'il existe des caractéristiques spécifiques à l'anorexie qui permettrait d'orienter plus aisément vers tel ou tel types d'approche thérapeutique.

Si le ministre décide de maintenir le financement actuel du CTTA, à minima les conditions suivantes doivent être remplies en plus:

- Le CTTA doit s'inscrire dans les réseaux et les trajets de soins en santé mentale sur le thème des troubles alimentaires.
- Le CTTA doit jouer un rôle actif et prendre part à l'amélioration des compétences professionnelles de la première ligne sur ce domaine des troubles alimentaires.
- Le CTTA doit continuer à appliquer une procédure de travail et d'enregistrement qui permet d'évaluer le devenir des patients après leur traitement, afin de mieux saisir la durabilité de l'effet du traitement.

En outre, on a pris connaissance d'autres approches cliniques de la prise en charge qui ont également fait leur preuve, et il serait donc utile de soutenir toutes les « bonnes pratiques » existantes.