

# PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ALIMENTAIRES

## De l'ambulatoire à l'hospitalisation

Dr Sophie CRIQUILLION  
C.M.M.E.  
Service du Pr Frédéric ROUILLON  
100, rue de la Santé  
75014 PARIS  
[s.criquillion@ch-sainte-anne.fr](mailto:s.criquillion@ch-sainte-anne.fr)

# INTRODUCTION

- ◉ « L'anorexie mentale (AM) est une pathologie psychopathologique, médicale et interpersonnelle complexe, souvent grave et chronicisée. »
- ◉ La dénutrition chronique va en soi entraîner d'autres troubles, et boucler le « cercle vicieux » de la pathologie anorexique
- ◉ Obstacles : déni, maîtrise

# Dépistage et reconnaissance du TCA

## ○ Enfants:

- \_ Peur d'avaler
- \_ Peur de vomir
- \_ Changement d'habitudes alimentaires
- \_ Préoccupations excessives du poids et des formes corporelles ( ventre, fesses et cuisses)
- \_ Mal au ventre pendant ou en dehors des repas
- \_ Prise d'un seul ou deux verres d'eau/jour
- \_ Hyperactivité sportive
- \_ Volonté de ne pas s'asseoir
- \_ Très fort investissement scolaire
- \_ Isolement progressif de ses camarades de classe

# Dépistage et reconnaissance du TCA

## Adolescents et Adultes jeunes:

- Modifications récentes du comportement alimentaire qualitatives et/ou quantitatives
- vomissements, laxatifs...
- Hypertrophie des glandes salivaires
- Amaigrissement progressif, parfois brutal et non reconnaissance de celui ci
- Hyperactivité physique et intellectuelle
- Tristesse, isolement social
- Troubles du caractère

# Critères de diagnostic de l'anorexie

- Refus de maintenir un poids au dessus de BMI 17,5
- Peur intense de devenir gros
- Altération de la perception du corps/  
Trouble du schéma corporel
- Déni des troubles et des besoins nutritionnels
- Aménorrhée
- Sous-type restrictif/sous-type boulimie, vomissements, laxatifs

# Caractéristiques cliniques de l'anorexie

- Le début des troubles peut se faire par des **vomissements** provoqués, par des **crises boulimiques**.
- Notion de **continuum** dans l'évolution des troubles alimentaires avec passage d'une forme restrictive à une forme boulimique.
- **50%** des patients qui ont présenté un épisode d'anorexie ou de régime strict développeront à un moment de leur évolution des comportements boulimiques.

# Caractéristiques selon L'âge de début

## ◎ ADOLESCENCE

- Déni +++
- Pas de chronicité
- Peu de complications somatiques
- Intervention directe des parents au quotidien
- Peu de déscolarisation
- Thérapie familiale plus efficace

## ◎ AGE ADULTE

- Déni moins important
- Chronicité, désorganisation comportementale
- Complication somatiques ++
- Gestion seule du quotidien
- Conséquences familiales, professionnelles, sociales

# Caractéristiques des conduites boulimiques

- Prise alimentaire incontrôlée en quantité importante et récurrente
- Fréquence des crises >2 à 3/semaine pendant au moins six mois
- Préoccupations corporelles
- Stratégies de contrôle du poids (vomissements, laxatifs, diurétiques, hyperactivité physique)
- Alternance avec des conduites restrictives ou de jeûne
- BMI normal ou subnormal
- Basse estime de soi

# Particularités des comportements anorexiques- boulimiques

- ◉ Aspects somatiques comparables chez les patients malnutris, dénutris et un  $IMC < 17$
- ◉ + Conséquences cliniques et biologiques des vomissements et des conduites de purge
- ◉ + Conséquences des stratégies de contrôle de poids (laxatifs, diurétiques, toxiques)
- ◉ **Conduite à tenir:**  
Surveillance régulière++ de la kaliémie  
et supplémentation rapide en potassium si besoin.  
(De 2 à 10 dragées FUCA/jour)

# Epidémiologie des TCA

- ◉ Incidence de l'anorexie: 8/100 000 par an (Hoek 2003)
- ◉ Incidence de la boulimie: 12/100 000 par an

# Epidémiologie des TCA

- Prévalence de l'anorexie: 1% population adolescente de plus de 16 ans (Crisp)
- Prévalence de la boulimie: 3 à 5% (1,5% des 11-20 ans)
- Prévalence des stratégies de contrôle de poids : 19%
- Prévalence de l'obésité en France: 10%
- Prédominance féminine des troubles pour les formes à début péri-pubertaire

# TCA

## hypothèses étiopathogéniques

- Facteurs biologiques
  - > Neuropeptides (leptine, ghréline, NPY)
- Facteurs psychologiques ou de développement
  - > séparation précoce
  - > abus sexuels
  - > interactions familiales
- Facteurs familiaux
- Facteurs socio-culturels
- Facteurs génétiques

# Facteurs de risque de TCA

- ◉ **ATCD familiaux** : TCA  
Obésité chez les parents, régime restrictif, préoccupations autour de l'alimentation, l'apparence, le poids.  
Dysfonctionnements familiaux
- ◉ **ATCD personnels** : insatisfaction corporelle, régime restrictif, obésité dans l'enfance, puberté précoce (avant 12 ans), dépression, abus/dépendance à une substance, TOC, anxiété sociale, événements de vie difficiles.
- ◉ **Traits de personnalité** : angoisse de séparation, perfectionnisme ou traits obsessionnels, alexithymie, mauvaise estime de soi, absence de confiance en soi, isolement social
- ◉ **Autres** : sexe féminin, profession qui met en avant l'apparence physique (mannequin...).

# Mortalité dans l'Anorexie

- Dix fois plus de risque de décès que dans population générale
- Deux fois plus que dans les autres pathologies psychiatriques
- Nielsen, 2001, causes des décès :
  - > **54%** complications du trouble alimentaire (marasme extrême, déshydratation, déséquilibre électrolytique dont hypokaliémie, complications métaboliques ou cardiaques, infections pulmonaires et septicémies, hypoalbuminémie, comorbidité alcoolique)
  - > **27%** suicides
  - > **19%** autres causes ou cause inconnue

A nuancer avec d'autres études...

# Psychopathologie associée

- Dépression
- Schizophrénie
- TOC
- Troubles de personnalité
- Addictions (Alcool, substances illicites..)

# Indicateurs pronostiques de l'Anorexie

## ● Indicateurs de bon pronostic :

- > Absence d'AEG sévère (IMC>17)
- > Absence de complication médicale sévère
- > Forte motivation au changement comportemental
- > Entourage familial et social soutenant et reconnaissant le TCA

## ● Indicateurs de mauvais pronostic :

- > Présence de **vomissements** chez des patients très dénutris, surtout si vomissements quasi-automatiques
- > Début du TCA avant la puberté, ou à l'âge adulte et non à l'adolescence
- > Autre trouble psychiatrique ou trouble de la personnalité co-morbide
- > Relations familiales compliquées
- > Longue durée d'évolution de la maladie
- > ATCD Hospitalisations

# Indicateurs pronostiques des conduites boulimiques

## ● Indicateurs de bon pronostic

- > Absence de complication médicale
- > Forte motivation au changement comportemental, et notamment à l'arrêt des vomissements
- > Absence de conduites restrictives majeures et diversité alimentaire respectée
- > Absence d'autres troubles psychopathologiques majeurs
- > Entourage familial et social soutenant et reconnaissant le TCA
- > Bonne observance du traitement

## ● Indicateurs de mauvais pronostic :

- Troubles de personnalité associés  
(moins bonne compliance aux programmes de soins)
- Autres addictions associées (abus de substances, alcool..)
- Isolement social, professionnel et/ou affectif

# Surveillance clinique

- Poids, taille, IMC
- FC, TA debout et couché, T°
- Etat des téguments
- Examen physique : dentaire, glandes salivaires, abdominal, cardio-vasculaires et pulmonaires
- Examen gynécologique
- Apports hydriques et diurèse
- Vomissements
- Transit

# Surveillance para-clinique

- NFS-Pq,
- TSH, T3, T4
- Bilan hépatique ;TP, TCA,
- Amylasémie, lipasémie si vomissements
- Ionogramme sanguin, phosphorémie, calcémie
- Urée sanguine, créatininémie, clairance de la créatinine
- Glycémie
- Protéines de la nutrition
- CRP
- Ostéodensitométrie
- ECG

# Complications des TCA

- ◉ Hématologiques
- ◉ Gastro-intestinales
- ◉ Cardio-vasculaires
- ◉ Métaboliques
- ◉ Neurologiques
- ◉ Ostéoporose/fractures, Retard de croissance
- ◉ Troubles de la fertilité, Puberté tardive
- ◉ Hypotrophie ou malformations foetales

# Facteurs de gravité

## ■ Cliniques :

- > BMI < 13
- > Présence de vomissements chez des patients très dénutris, surtout si vomissements quasi-automatiques
- > Hypothermie < 34°
- > Anomalies à l'ECG : QT long, bradycardie < 40
- > TA systolique < 70 mmHg
- > Oedèmes
- > Début du TCA à l'âge adulte et non à l'adolescence
- > Longue durée d'évolution de la maladie

## ■ Paracliniques :

- > Hypokaliémie, hypochlorémie
- > Hyponatrémie, Hypophosphorémie
- > Alcalose métabolique
- > Déshydratation
- > Cytolyse hépatique
- > Hyperamylasémie, hyperlipasémie

# BUTS DE LA PRISE EN CHARGE

- Traiter la dénutrition, corriger les carences, et prendre en charge les conséquences somatiques (unité médicalisée)
- Retrouver une alimentation normale et équilibrée
- Prendre en charge les difficultés psychologiques et les co-morbidités
- Améliorer les relations familiales, l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle ...
- Améliorer en tout état de cause la qualité de vie

# LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES TCA

- **Hospitalisation**
  - Temps plein
  - hospitalisation de jour
  - hospitalisation séquentielle
- **Ambulatoire :**
  - consultations
  - psychothérapies
  - groupes
- **Réseaux de soins :**
  - AFDAS-TCA
  - Réseau Francilien

# EVALUATION INITIALE

- Consultation d'évaluation\*\*\* Début du lien...
- Bilan clinique, bilan biologique, bilan nutritionnel, bilan psychomoteur, et kinésithérapeutique, entretien infirmier
- Tests psychométriques (tests de personnalité)
- Evaluation comportementale et cognitive (TCA restrictif, cognitions erronées, déficit assertivité, trouble anxieux...)
- Evaluation Art thérapie, ou psychodynamique en fonction de l'état du sujet, et de ses prises en charges antérieures

# Programme de prise en charge Ambulatoire

- Consultations médicales en lien avec le généraliste
- Entretiens et Groupe motivationnels
- Suivi nutritionnel et diététique
- Psychothérapie en ville
- Prescription de kinésithérapie précoce
- Participation ensuite au groupe d'expression
- Prise en charge précoce de la famille et de l'entourage

# MOYENS AMBULATOIRES/ HDJ

- TCC /Abord cognitif (centrée sur les cognitions erronées)
- Psychothérapie d'inspiration analytique
- Psychothérapie à médiation artistique
- Prise en charge corporelle (kiné, psychomotricienne, infirmières)
- Relaxation
- Affirmation de Soi
- Gestion du stress
- Consultations diététiques
- Entretiens infirmiers
- Traitement médicamenteux
- Entretiens familiaux (si nécessaire : thérapie familiale)
- Groupes de parole (groupes anorexie; groupes boulimiques)
- Groupes motivationnels
- Groupes multi familiaux

# AUTRES :

- Psychothérapie d'inspiration analytique
- Ateliers à médiation artistique
- Affirmation de Soi
- Gestion du stress
- Entretiens familiaux et/ou thérapie familiale
- Groupes multifamiliaux
- Traitement médicamenteux
  - pas d'AMM / anorexie mentale
  - au cas par cas (et selon co-morbidité)

# ABORD COMPORTEMENTAL

- ◉ conditionnement opérant / modification comportements
- ◉ modeling (repas thérapeutiques)
- ◉ exercices de mise en situation (ateliers, pesée, se servir ...)
- ◉ auto-enregistrement (fiches alimentaires)
- ◉ planification des repas
- ◉ expositions

# ABORD COGNITIF

- Relations entre croyance, affect, comportement
- Lien entre valeur propre et apparence physique
- « Corriger » les perturbations du schéma corporel
- Mise à distance des émotions
- Chercher les stratégies alternatives
- Accroître la motivation au changement

# ABORD CORPOREL

- Infirmières référentes (pesée, travail devant le miroir, toucher thérapeutique, essayages de vêtements ... )
- Relaxation (Jacobson)
- Kinésithérapie
- Psychomotricité
- Yoga
- Balnéothérapie
- Groupe renforcement musculaire
- Accès salle de sport (selon contrat)
- Soins esthétiques...

# CRITERES D'HOSPITALISATION

- ◎ **Urgence :**
  - état somatique
  - risque suicidaire
- ◎ **Rupture / environnement :**
  - isolement social
  - situation familiale
- ◎ **Traitement intensif :**
  - échec du traitement ambulatoire
  - co-morbidité psychiatrique
  - chronicité
  - tableau clinique complexe
- ◎ **Demande de la patiente**

# L'Hospitalisation pour TCA

- En psychiatrie ou en médecine?  
Cela dépend de:
- Etat clinique du patient •
- Structures existantes, capacité d'accueil et compétences locales •
- Disponibilité de soins ambulatoires intensifs, d'hôpitaux de jour etc.. •
- Coordination avec les psychiatres

# L'Hospitalisation des TCA

## En service spécialisé ou non ?

- Mortalité moindre
- Dépenses de ces services très élevées
- Mais coût prise en charge individuel <40%
- Facilité soins/ versus méconnaissance de la pathologie et rejet des AN
- Fonction de la région, ville, structure de soins, du moment de l'histoire des soins
- A proximité du domicile – Pour impliquer la famille – Maintenir liens sociaux et occupationnels – Préparer la transition vers la suite hospitalisation

# Exemple d'Unité d'hospitalisation TCA (CMME)

- ◉ Unité d'hospitalisation : 20 lits
- ◉ TCA (anorexie et sevrage boulimique)
- ◉ Taux d'occupation > 95%
- ◉ Environ 100 patients / an (H et F)
- ◉ Parfois BMI < 13
- ◉ Durée moyenne de séjour : quatre mois
- ◉ Ile-de-France, Province et DOM-TOM, Etranger

# QUI HOSPITALISER ?

- Pas de consensus sur les critères d'hospitalisation
- Pas d'études contrôlées
- Pratiques cliniques différentes, offre de soins, circonstances ...
- Les questions relatives à la décision d'hospitalisation (où, quand, comment) restent subjectives

*Vandereycken, Int J Eat Disord, 2003.*

# PARCOURS HOSPITALIER

- **Consultation :**
  - indication d'hospitalisation
  - préparation à l'hospitalisation
- **Hospitalisation :**
  - semaine d'observation
  - phase I : phase nutritionnelle
  - phase II : abord psychologique et corporel
  - phase de stabilisation
- **Suivi post-hospitalier**

# LA SEMAINE D'OBSERVATION

- En chambre simple, pas de contact avec l'extérieur, pas d'activités thérapeutiques, plateaux standards en chambre, un repas d'évaluation, pas d'accès aux WC
- Observation de l'ensemble de l'équipe  
*(alimentation, poids, diurèse, transit, composition corporelle, bilan clinique et biologique, comportement à table, symptômes associés, fonctionnement psychique, comorbidités, appréciation des relations sociales ...)*
- Au décours : CONTRAT THERAPEUTIQUE

# LE CONTRAT THERAPEUTIQUE

- ◉ Permet le « déconditionnement », dans un environnement inhabituel et standardisé, des comportements pathologiques chronicisés
- ◉ Est la seule référence pendant toute la durée des soins
- ◉ Est rassurant, cadrant, permet d'établir une relation de coopération mutuelle tout au long du programme de soins
- ◉ Comprend : durée du programme de soin, objectifs, moyens thérapeutiques, renforçateurs associés, conditions d'hospitalisation, clauses de modification, de non-poursuite du contrat ...

# PHASE NUTRITIONNELLE

- Grande dénutrition, état somatique précaire, perturbations du bilan biologique ...
- Nécessité de grande prudence dans la renutrition (syndrome de renutrition inapproprié)
- + / - sonde naso-gastrique, puis alimentation mixte (régime désodé)
- Surveillance très « médicalisée », mais sous contrat thérapeutique (adapté)

# EN PHASE I

- Traiter les problèmes somatiques et les carences, normaliser le bilan biologique
- Reprendre du poids
- Diversifier l'alimentation
- Corriger le comportement à table
- Traiter les symptômes associés
- Prendre en charge les comorbidités
- Moyens thérapeutiques :  
entretiens médicaux et infirmiers, suivi psychologique, groupes d'expression, consultations diététiques, repas thérapeutiques ..

## EN PHASE II

- Prise en charge psychothérapeutique :
  - art-thérapie (individuel ou groupe)
  - discuter psychothérapie d'inspiration analytique
  - poursuite de la TCC et des entretiens motivationnels
  - poursuite des traitements d'affirmation de soi ...
  - Approche corporelle

## EN FIN DE PHASE II :

- ◉ Poids normal (BMI 20)
- ◉ Diversification alimentaire totale
- ◉ Comportement à table « normalisé »
- ◉ Autonomie dans la programmation et la préparation des repas
- ◉ Meilleure acceptation corporelle
  
- ◉ Accentuation du travail psychologique
- ◉ Réflexion sur l'orientation, lieu de vie, liens sociaux ...

# PHASE DE STABILISATION

## OBJECTIFS:

- Appliquer à l'extérieur ce qui a été « appris » en hospitalisation
  - alimentation
  - comportements associés
  - vie familiale, professionnelle, sociale
- Progressivité +++
- Transition avec le suivi post-hospitalier

# Durée des Hospitalisations TCA

- Durée Hospitalisation moyenne: 4 mois
- coût de prise en charge AM = schizophrénie (Striegel-Moore,2000) •
- coût moyen d'une hospitalisation:
- 896,41 euros x 120jours
- = **107 569,20 euros**

Baisser le coût: baisser DMS?

# Limites du Traitement hospitalier

- Équipe spécialisée multidisciplinaire
- Long, coûteux, éprouvant
- Permet d'améliorer des patientes très « graves »
- Pronostic / rechute se joue dans les 6 mois de post-hospitalisation, suivi +++ plusieurs années
- Problème des sorties prématurées
- Problème de la patiente qui ne peut respecter le cadre thérapeutique (trouble de la personnalité)
- Problème de la patiente qui refuse

# SUIVI POST-HOSPITALIER

- Consultation avec le psychiatre TCA
- +/- psychiatre traitant et le médecin généraliste référent
- Suivi ambulatoire, ou en hôpital de jour, ou en hospitalisation séquentielle
- Poursuite des psychothérapies
- Groupes de suivi ...

# Programme D'HDJ

- ◉ En moyenne 2 à 3 fois/semaine
- ◉ Durée de prise en charge contractualisée : 3 à 6 mois
- ◉ Consultations médicales, entretiens infirmiers,
- ◉ Programme coordonné d'entretiens et d'activités thérapeutiques discuté en équipe, réévalué chaque semaine en fonction de l'état clinique du sujet et de son observance au traitement proposé

## Dans tous les cas:

- Nécessité de coordination la plus étroite possible avec
  - le médecin généraliste
  - le psychiatre de ville ou du CMP
  - les équipes de soins en charge de la patiente
  - le médecin nutritionniste et/ou diététicien
  - le kinésithérapeute/psychomotricien

Le lien avec les unités d'hospitalisation de jour, temps plein ou séquentielle, de réanimation, est fondamental (réseaux...)

# Reflexion...

- ◉ Nos objectifs de soins sont-ils atteints?
- ◉ Si oui, pour quels patients?
- ◉ Ces objectifs se maintiennent-ils après une hospitalisation?
- ◉ Une hospitalisation «réussie» garantit-elle une issue favorable?
- ◉ A l'inverse, un échec d'hospitalisation est-il toujours un facteur péjoratif du devenir? •

# Questions...

- ◉ Quels sont les facteurs prédictifs de nos échecs (à court terme, sorties prématurées et moyen terme, rechutes)?
- ◉ Quels sont les facteurs prédictifs des durées d'hospitalisation et des durées de la maladie?
- ◉ Que deviennent ces sujets au long terme?

# Recommandation des guide lines

- **Alimentation** : normalisation du poids indispensable, pas de recommandation spécifique pour choisir entre alimentation « normale » ou SNG.
- **Poids de sortie d'hospitalisation** : un poids normal est nécessaire à la sortie pour permettre un suivi ambulatoire efficace.
- **Cadre** : un cadre souple est recommandé plutôt qu'un cadre strict qui risque de diminuer l'estime de soi.
- **Unité spécialisée?** Quelques études recommandent l'hospitalisation dans une unité spécialisée mais plus d'études sont nécessaires.
- Délai aussi court que possible entre la demande de soins et la première consultation

# EN CONCLUSION

- Les Troubles du comportement alimentaire sont des pathologies graves et chroniques
- Nécessitent une prise en charge par un psychiatre référent + une équipe multidisciplinaire spécialisée
- Personnalisation des programmes thérapeutiques (de la consultation à l'hospitalisation)
- Rôle des différents modes de prise en charge en ambulatoire et en hospitalisation
- Importance du lien thérapeutique représenté par l'instauration du CONTRAT de soin

# EN CONCLUSION

- ◉ Place fondamentale de la coordination entre les médecins et les équipes de soins (secteur)
- ◉ Rôle des réseaux (réseau TCA Francilien)
- ◉ Rôle de l'AFDAS-TCA
- ◉ [www.anorexiéboulimie-afdas.fr](http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr)
- ◉ Importance de la formation, de l'information, de la prévention, et de l'aide aux familles