Mémento TCA du Bassin

2 JUIN 2024

journée mondiale TCA

Fédération Française Anorexie Boulimie
www.journeemondialetca.fr

Troubles des Conduites Alimentaires et activité physique

FAISONS BOUGER LES LIGNES

Anorexie Boulimie Info Écoute
09 69 325 900 (numéro non surtaxé)

FFAB FNA-TCA MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

2 JUIN 2024

journée mondiale TCA

Fédération Française Anorexie Boulimie
www.journeemondialetca.fr

Troubles des Conduites Alimentaires et activité physique

FAISONS BOUGER LES LIGNES

Anorexie Boulimie Info Écoute
09 69 325 900 (numéro non surtaxé)

FFAB FNA-TCA MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

2 JUIN 2024

journée mondiale TCA

Fédération Française Anorexie Boulimie
www.journeemondialetca.fr

Troubles des Conduites Alimentaires et activité physique

FAISONS BOUGER LES LIGNES

Anorexie Boulimie Info Écoute
09 69 325 900 (numéro non surtaxé)

FFAB FNA-TCA MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

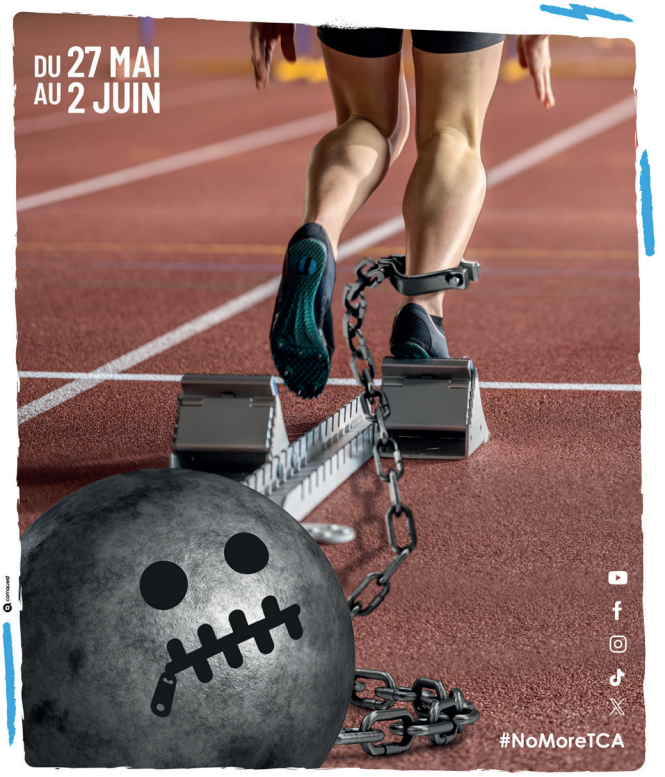
2 JUIN 2024

journée mondiale TCA

Fédération Française Anorexie Boulimie
www.journeemondialetca.fr

Troubles des Conduites Alimentaires et activité physique

FAISONS BOUGER LES LIGNES



Anorexie Boulimie Info Écoute
09 69 325 900 (numéro non surtaxé)

FFAB FNA-TCA MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Edito

Cher(e)s ami(e)s,

Je souhaite très sincèrement que ce Mémento TCA du Bassin sera un coup de pouce pour que tous ensemble nous puissions permettre à nos patients et à leur famille, impactés par un TCA, d'avancer sur le chemin de la guérison.

Bien confraternellement,

Carole, une diététicienne du Bassin

Sommaire

1 Ressources, liens Internet, applications et Instagram 4-5

2 Critères diagnostiques DSM-5 6-7

- Anorexie Mentale 6
- Boulimie Nerveuse 6
- Hyperphagie Boulimique 7

3 Anorexie mentale - *Fiches HAS* 8-21

- Fiche 1 : Repérage 8-9
- Fiche 2 : Premiers soins spécialisés et filières de prise en charge 10-11
- Fiche 3 : Critères d'hospitalisation à temps plein 12-13
- Document information HAS à destination des familles et aux patients 14-21

4 Boulimie nerveuse et Hyperphagie boulimique - *Fiches HAS* 22-37

- Fiche 1 : Repérage 22-23
- Fiche 2: Comment en parler ? 24-25
- Fiche 3 : Évaluation initiale et initiation des soins 26-30
  - Évaluation initiale/ signes à rechercher à l'examen physique initial 26-29
  - Initiation des soins / compléments d'information pour les professionnels ou les parents et leur famille 30-31
- Fiche 4 : Complications somatiques et prise en charge 32-37
  - En cas de patients souffrant de diabète de type 36
  - Sevrage boulimique : place de la nutrition entérale 37

5 Structures de soins TCA 38-42

- Centre jean Abadie 38
- Plateforme de télémédecine 39-40
- Enfants -Adolescents 41
- Adultes 42

6 Détection des TCA - Test rapide SCOFF 43

7 Propositions de lecture 43-45

8 La 1ère formation e-learning de la FFAB sur les TCA en ligne ! 46

9 DU national de la FFAB 47

Troubles des conduites alimentaires chez l'enfant et l'adolescent.
(Formation hybride modularisable)

Ligne téléphonique FFAB

ANOREXIE BOULIMIE INFO ÉCOUTE

09 69 325 900

Service anonyme

Nouveau numéro non surtaxé (mai 2023)

Une ligne téléphonique

pour les patients, familles, proches et professionnels…

« **entre 16h00 et 18h00,** des spécialistes des troubles des conduites alimentaires répondent à vos questions »

Psychologues — **LUNDI**

Associations, de familles et d'usagers — **MARDI**

Médecins — **JEUDI**

Ensemble des **spécialistes** en alternance — **VENDREDI**

Conception, réalisation et impression : ATRT Paris - 01 53 94 20 20

RÉSEAU TCA FRANCILIEN
www.reseautca-idf.org

FFAB
Fédération Française Anorexie Boulimie
French Federation Anorexia Bulimia
www.ffab.fr

ars Agence Régionale de Santé Île-de-France

FNA-TCA
Fédération Nationale des Associations liées aux Troubles des Conduites Alimentaires
www.fna-tca.org

Liens Internet

- Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB) : https://www.ffab.fr
- Fédération nationale des associations TCA (FNA TCA) : https://www.fna-tca.org
- CléPsy (Pédopsychiatrie, CHU Robert Debré) : https://www.clepsy.fr
- Questions psy : Appel gratuit au 0800 71 08 90 du lundi au vendredi
  De 10h à 17h30. Usagers conseils. Informations professionnelles. Familles orientation
- Eva MUSBY, vidéos sur YouTube : https://youtu.be/IzIx7WbE4Dc
- C.H. Charles Perrens : https://www.ch-perrens.fr/plateforme-questions-psy
- Association Autrement : https://www.anorexie-et-boulimie.fr
- Solidarité Anorexie Boulimie 33 (SAB33) : https://solidarite-anorexie.fr/index.php/sab-33/
  tel : 06.68.63.31.40 - email : solidarite.anorexie-33@laposte.net
- Endat-TCA (Etablissement d'aide aux troubles du comportement alimentaire) : http://www.endat.org/
- Réseau TCA Poitou-Charentes : http://tca-poitoucharentes.fr/anorexiclic
  Site anorexiclic dans lequel vous pourrez trouver :

1. La plaquette « Anorexie en 5 consultations » :
   Propose les fondamentaux pour repérer, diagnostiquer et intervenir sur les cas d'anorexie mentale en les suivant sur plusieurs consultations.

   Comprend les éléments suivants :
   - Les signes d'alertes avec le SCOFF
   - Les éléments clés pour diagnostiquer :
     - Questions clés
     - Symptômes clés
     - Examens complémentaires clés
   - Les éléments de gravité et les critères d'hospitalisation
   - L'orientation des patients en utilisant la prise en charge par niveaux
   - Les grands objectifs thérapeutiques

2. Les documents ressources suivants (téléchargeables) :
   - L'anorexie en 5 consultations
   - Courbes staturo-pondérale filles/garçons
   - Courbes IMC garçon/fille
   - Perceptions des émotions
   - Perceptions image du corps fille/garçon
   - Courbe Evolution du poids
   - Livret de suivi patient

Applications

- Blue Buddy (iOS et Androïd)
  mail : assobluebuddy@gmail.com

Applications de self-Help :

- Petit Bambou (iOS et Android)
- Namatata (iOS et Android)
- Mindful Attitude (iOS et Android)

Instagram

@tout.sur.les.tca
@doc.tca
@dr.ment_ali
@florian_saffer_cfdc
@charlesbrumauld
@nicolas.sahuc
@whynotchange_
@ducan_benveniste
@tcabethanie
@lapsy_tca
@aurelien_lemee_dieteticien
@alicehdieteticienne
@ladietabicyclette
@jedanse_officiel
@planetepsy.tca
@lachetonassiette
@alexia_yoga
@menthe_banane
@erikafournel
@benoit_dieteticien
@encore_un_pas
@lapsy.tca

2 Critères diagnostiques DSM-5

Anorexie Mentale

Critères DSM-5

* **Restriction** des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un **poids significativement bas**,
* **Peur intense de prendre du poids et de devenir gros**, malgré une insuffisance pondérale,
* **Altération de la perception du poids ou de la forme** de son propre corps (dysmorphophobie), **faible estime de soi** (influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle), ou manque de reconnaissance persistant de la **gravité** de la maigreur actuelle.

TYPE RESTRICTIF	TYPE ACCÈS HYPERPHAGIQUES/PURGATIF
Au cours des 3 derniers mois : la perte de poids est essentiellement obtenue par le **régime**, le **jeûne** et/ou l'**exercice physique excessif**.	Au cours des 3 derniers mois : présence de **crises d'hyperphagie** récurrentes et/ou a recouru à des **vomissements provoqués** ou à des **comportements purgatifs**.

Boulimie Nerveuse

Critères DSM-5

* Survenue d'**épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée**. C'est-à-dire :
  - absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne et en peu de temps (par ex. moins de 2 h),
  - associées à une impression de perdre le contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter.
* Mise en œuvre de **comportements compensatoires** visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice excessif).
* Avec une fréquence moyenne d'au moins **1 fois par semaine durant au moins 3 mois**.
* L'**estime de soi** est perturbée de manière excessive par **la forme du corps et le poids**.
* Le trouble **ne survient pas exclusivement** au cours d'une période d'anorexie mentale.

Hyperphagie Boulimique

Critère DSM-5

* Survenue d'**épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée**. C'est-à-dire :
  - prises alimentaires largement **supérieures** à la moyenne, par **exemple** en moins de 2 h.
  - associées à une impression de **perte de contrôle** des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter.
* Ces épisodes sont associés avec au moins 3 des éléments suivants :
  - manger beaucoup **plus rapidement** que la normale,
  - manger jusqu'à éprouver **une sensation pénible de distension abdominale**,
  - manger de grandes quantités de nourriture **en l'absence d'une sensation physique de faim**,
  - **manger seul parce que l'on est gêné** de la quantité de nourriture que l'on absorbe,
  - se sentir **dégoûté de soi-même**, déprimé ou très coupable après avoir mangé.
* **Détresse marquée** en lien avec l'existence de cette hyperphagie.
* Les épisodes d'hyperphagie se produisent au moins **1 fois par semaine pendant au moins 3 mois consécutifs**.
* Le trouble **n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés** comme c'est le cas dans des épisodes de boulimie et ne survient pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.

Avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Avec le partenariat de AFDAS-TCA ASSOCIATION FRANÇAISE POUR LE DÉVELOPPEMENT DES APPROCHES SPÉCIALISÉES DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE
Avec la participation de FFP Instituts thématiques Inserm Institut national de la santé et de la recherche médicale

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Anorexie mentale : prise en charge

1. Repérage

Juin 2010

Messages clés

- L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire (TCA) d'origine multifactorielle : facteurs personnels et facteurs d'environnement. Elle se caractérise par la gravité potentielle de son pronostic : risque de décès et complications somatiques et psychiques nombreuses.
- Le repérage de l'anorexie mentale doit être précoce et ciblé.

REPÉRAGE PRÉCOCE ET CIBLÉ

- L'intérêt du repérage et de la prise en charge précoces est de :
  - prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales ;
  - permettre une information sur l'anorexie mentale et ses conséquences et faciliter l'instauration d'une véritable alliance thérapeutique[1] avec le patient et ses proches.
- Ce repérage doit être ciblé :
  - sur les populations à risque : adolescentes, jeunes femmes, mannequins, danseurs et sportifs, notamment de niveau de compétition, et sujets atteints de pathologies impliquant des régimes telles que le diabète de type 1, l'hypercholestérolémie familiale, etc. ;
  - lors de la présence de signe(s) d'appel (cf. tableau *infra*).

MODALITÉS DU REPÉRAGE CIBLÉ

Questions à poser :

- une ou deux questions sur l'existence de TCA telles que : « avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ? » ou « est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? » ;
- ou le questionnaire DFTCA (définition française des troubles du comportement alimentaire), où 2 réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA :
  1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
  2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
  3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
  4. Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
  5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

1. L'alliance thérapeutique se construit patiemment avec le patient et sa famille, par une attitude empathique, authentique, chaleureuse et professionnelle.

Suivi des paramètres anthropométriques :

- suivre systématiquement les courbes de croissance en taille, poids et corpulence chez les enfants et adolescents pour identifier toute cassure des courbes et calculer leur indice de masse corporelle (IMC = poids (kg) / taille^2 (m^2)) ;
- calculer et suivre l'IMC chez les adultes.

Signes évocateurs d'une anorexie mentale

Chez l'enfant (en l'absence de critères spécifiques et dès l'âge de 8 ans)	• Ralentissement de la croissance staturale • Changement de couloir, vers le bas, lors du suivi de la courbe de corpulence (courbe de l'indice de masse corporelle) • Nausées ou douleurs abdominales répétées
Chez l'adolescent (outre les changements de couloir sur la courbe de croissance staturale ou la courbe de corpulence)	• Adolescent amené par ses parents pour un problème de poids, d'alimentation ou d'anorexie • Adolescent ayant un retard pubertaire • Adolescente ayant une aménorrhée (primaire ou secondaire) ou des cycles irréguliers (spanioménorrhée) plus de 2 ans après ses premières règles • Hyperactivité physique • Hyperinvestissement intellectuel
Chez l'adulte	• Perte de poids > 15 % • IMC < 18,5 kg/m^2 • Refus de prendre du poids malgré un IMC faible • Femme ayant une aménorrhée secondaire • Homme ayant une baisse marquée de la libido et de l'érection • Hyperactivité physique • Hyperinvestissement intellectuel • Infertilité

© Haute Autorité de Santé - FSANOX1 - 2010 - Imprimé par MOZZON S.R.L., Florence, Italie

HAS

Cette synthèse ainsi que deux autres présente les points essentiels
des recommandations de bonne pratique « Anorexie mentale : prise en charge »
Recommandations pour la pratique clinique – juin 2010.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité
sur **www.has-sante.fr** et sur **www.anorexieboulimie-afdas.fr**

Avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Avec le partenariat de AFDAS-TCA ASSOCIATION FRANÇAISE POUR LE DÉVELOPPEMENT DES APPROCHES SPÉCIALISÉES DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE
Avec la participation de FFP Instituts thématiques Inserm Institut national de la santé et de la recherche médicale

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Anorexie mentale : prise en charge

2. Premiers soins spécialisés et filières de prise en charge

Juin 2010

Différents niveaux de soins

- Selon les moments et la gravité, les prises en charge peuvent se dérouler au travers de soins ambulatoires plus ou moins intensifs et/ou en hospitalisation.
- Il est recommandé que toute prise en charge soit initialement ambulatoire, sauf en cas d'urgence somatique ou psychiatrique.
- Il est recommandé de veiller à la cohérence et à la continuité de ces soins dans la durée entre les différentes étapes de la prise en charge et entre les différents intervenants. En particulier, il est recommandé en cas d'hospitalisation que :
  - les soins hospitaliers soient relayés par des soins ambulatoires, soit séquentiels, soit en hôpital de jour, soit en consultation au minimum, car les patients ne sortent pas guéris ;
  - l'équipe soignante de l'hospitalisation remette en place les soins ambulatoires antérieurs ou organise un nouveau suivi pluridisciplinaire. Pour cela des échanges téléphoniques doivent être réalisés au cours de l'hospitalisation, des réunions de synthèse entre les partenaires d'amont et d'aval sont indispensables et l'envoi rapide du compte rendu d'hospitalisation est nécessaire. Le patient et son entourage doivent être associés à l'organisation des soins.

MULTIDISCIPLINARITÉ DE LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

Intervenants

- Le professionnel de premier recours organise les soins ambulatoires multidisciplinaires une fois le diagnostic posé, dans le respect de l'alliance thérapeutique[1].
- Il est recommandé que les soins soient assurés par une équipe d'au moins deux soignants dont le socle commun est :
  - un psychiatre ou pédopsychiatre ou psychologue du fait de la souffrance psychique et des fréquentes comorbidités psychiatriques ;
  - un somaticien, qui peut être le médecin de premier recours (médecin généraliste ou pédiatre) s'il est prêt à en assumer les exigences.

1. L'alliance thérapeutique se construit patiemment avec le patient et sa famille, par une attitude empathique, authentique, chaleureuse et professionnelle.

Organisation de la prise en charge multidisciplinaire

- La coordination des soins est assurée par un médecin coordinateur dont le choix au sein de l'équipe de soignants est à déterminer en fonction :
  - de la situation du patient (âge du patient, évolution et sévérité de la maladie, parcours de soins, choix du patient) ;
  - de l'intervenant de l'équipe multidisciplinaire qui a la plus grande expérience et la plus grande disponibilité.

ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ

- Une évaluation globale du patient est recommandée, associant une évaluation somatique, nutritionnelle et psychique, incluant aussi la dynamique familiale et sociale. Cette évaluation permet de déterminer les signes de gravité, en particulier ceux justifiant une hospitalisation. Elle est à répéter dans le temps, au moins mensuellement dans les formes avérées, et d'autant plus fréquemment que l'état du patient est fluctuant ou évolutif.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Objectif pondéral

- Il est recommandé de discuter avec le patient de l'objectif de poids à atteindre, progressivement, afin de le rassurer. Cet objectif pondéral est déterminé en fonction de l'âge, des antécédents pondéraux et du poids permettant de restaurer les menstruations et l'ovulation pour les femmes. Pour la plupart des patients, un arrêt de la perte de poids est le premier objectif avant d'envisager un gain de poids. Dans la phase de reprise, un gain de 1 kg par mois en ambulatoire semble un objectif mesuré et acceptable.
- En début de renutrition, une surveillance du bilan hydroélectrolytique, dont la phosphorémie, est recommandée (potentielles complications cardio-vasculaires).

Objectifs des interventions psychologiques

- Les objectifs des soins psychologiques sont individuels et familiaux. Le choix de la psychothérapie est fait en fonction du patient, voire de son entourage, de son âge, de sa motivation et du stade d'évolution de la maladie.
- Les formes de psychothérapie (individuelle, familiale ou de groupe) les plus usuelles sont les thérapies de soutien, les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique, les thérapies comportementales et cognitivo-comportementales (TCC) et les thérapies systémiques et stratégiques. Les thérapies familiales sont recommandées pour les enfants et les adolescents (grade B). Les approches motivationnelles ont montré leur intérêt en début de prise en charge.
- Il est recommandé que la psychothérapie choisie dure au moins 1 an après une amélioration clinique significative. En raison de la dimension de chronicité de l'anorexie mentale, cette prise en charge s'étend souvent sur plusieurs années.

© Haute Autorité de Santé - FSANOX2 - 2010 - Imprimé par MOZZON S.R.L., Florence, Italie

HAS

Cette synthèse ainsi que deux autres présente les points essentiels
des recommandations de bonne pratique « Anorexie mentale : prise en charge »
Recommandations pour la pratique clinique – juin 2010.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité
sur **www.has-sante.fr** et sur **www.anorexieboulimie-afdas.fr**

Avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Avec le partenariat de AFDAS-TCA ASSOCIATION FRANÇAISE POUR LE DÉVELOPPEMENT DES APPROCHES SPÉCIALISÉES DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE
Avec la participation de FFP Instituts thématiques Inserm Institut national de la santé et de la recherche médicale

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Anorexie mentale : prise en charge

3 - Critères d'hospitalisation à temps plein

Juin 2010

- L'indication d'hospitalisation ne repose pas sur un seul critère, mais sur leur association et leur évolutivité.
- L'hospitalisation sous contrainte ne doit être utilisée que lorsque le risque vital est engagé et que des soins consentis sont impossibles.

Critères somatiques d'hospitalisation

Présence d'au moins d'un des critères ci-dessous

Chez l'enfant et l'adolescent	
Anamnestiques	• Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine • Refus de manger : aphagie totale • Refus de boire • Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique • Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient
Cliniques	• IMC < 14 kg/m^2 au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m^2 à 15 et 16 ans, ou IMC < 12,7 kg/m^2 à 13 et 14 ans • Ralentissement idéique et verbal, confusion • Syndrome occlusif • Bradycardies extrêmes : pouls < 40/min quel que soit le moment de la journée • Tachycardie • Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg) • PA < 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque > 20/min ou diminution de la PA > 10-20 mmHg • Hypothermie < 35,5°C • Hyperthermie
Paracliniques	• Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,6 g/L • Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent) • Élévation de la créatinine (> 100 µmol/L) • Cytolyse (> 4 x N) • Leuconeutropénie (< 1 000 /mm^3) • Thrombopénie (< 60 000 /mm^3)
Chez l'adulte	
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 ◗ tachycardie de repos > 60/min si IMC < 13 kg/m^2

Critères somatiques d'hospitalisation (suite et fin)

Chez l'adulte (suite et fin)	
Paracliniques	• Anomalies de l'ECG en dehors de la fréquence cardiaque • Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/L ou asymptomatique si < 0,3 g/L • Cytolyse hépatique > 10 x N • Hypokaliémie < 3 mEq/L • Hypophosphorémie < 0,5 mmol/L • Insuffisance rénale : clairance de la créatinine < 40 mL/min • Natrémie : ◗ < 125 mmol/L (potomanie, risque de convulsions) ◗ >150 mmol/L (déshydratation) • Leucopénie < 1 000 /mm^3 (ou neutrophiles < 500 /mm^3)

Critères psychiatriques d'hospitalisation

Risque suicidaire	• 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 naso-gastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire • Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation) • Conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses
Motivation, coopération	• 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

Critères environnementaux d'hospitalisation

Disponibilité de l'entourage	• Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires • Épuisement familial
Stress environnemental	• Conflits familiaux sévères • Critiques parentales élevées • Isolement social sévère
Disponibilité des soins	• Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (impossibilité du fait de la distance)
Traitements antérieurs	• Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation)

■ Il est recommandé que le patient stabilise le poids atteint au sein du service hospitalier avant sa sortie, afin de diminuer le risque de rechute.

© Haute Autorité de Santé - FSANOX3 - 2010 - Imprimé par MOZZON S.R.L., Florence, Italie

HAS

Cette synthèse ainsi que deux autres présente les points essentiels
des recommandations de bonne pratique « Anorexie mentale : prise en charge »
Recommandations pour la pratique clinique – juin 2010.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité
sur **www.has-sante.fr** et sur **www.anorexieboulimie-afdas.fr**

Document d'information
destiné aux familles et aux patients

Anorexie mentale : prise en charge

Juin 2010

Avec le partenariat méthodologique
et le soutien financier de la
HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Avec le partenariat de
AFDAS-TCA
ASSOCIATION FRANÇAISE POUR LE DÉVELOPPEMENT DES APPROCHES SPÉCIALISÉES DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Objectifs

Ce document a pour objectif d'expliquer brièvement ce que sont ces troubles, quelles sont leurs conséquences et surtout comment agir si vous êtes vous-même concerné(e) ou si l'un de vos proches l'est. L'enjeu est d'améliorer le repérage de l'anorexie pour une prise en charge plus rapide, et de donner des repères pour une meilleure orientation.

Les TCA en quelques mots

- On appelle troubles du comportement alimentaire (TCA) les conduites alimentaires différentes de celles habituellement adoptées par des individus placés dans un même environnement nutritionnel et socioculturel, et induisant des troubles somatiques et psychologiques. Les troubles les plus fréquents sont l'anorexie et la boulimie. Ils touchent dans 9 cas sur 10 des jeunes filles.

- Ce qui peut résumer la conduite anorexique, c'est le fait de refuser l'alimentation, alors même que l'on meurt de faim (anorexie mentale), et de refuser la prise de poids alors même que le corps est amaigri (anorexie mentale et anorexie associée à des crises boulimiques).

L'anorexie survient majoritairement chez les jeunes filles pré ou post-pubères, ayant vécu une enfance apparemment sans problème, sans pathologie somatique particulière.

La jeune fille est obsédée par l'idée d'être trop grosse ou de devenir trop grosse et développe des conduites de forte restriction alimentaire (anorexie mentale restrictive), souvent accompagnées de suralimentation incontrôlée (anorexie mentale avec crises de boulimie), accompagnées ou non de comportements compensatoires visant à ne pas prendre de poids, comme l'hyperactivité physique, les vomissements, l'utilisation de laxatifs à outrance.

Ces obsessions vont finir par gouverner toute sa vie. Son estime d'elle-même sera directement liée à son poids.

- Dans un premier temps, le patient vit une lune de miel avec sa propre anorexie, ce comportement apportant un réconfort à sa détresse. Mais très vite, cette stratégie adaptative est dépassée, et le malaise revient en même temps que s'installe une dépendance au contrôle, au manque, au vide, au rien. Ainsi s'installe un véritable cycle infernal.
- Le diagnostic d'anorexie mentale est confirmé quand on repère chez une jeune fille pubère les 3A : restriction alimentaire parfois justifiée par une perte de l'appétit, amaigrissement, aménorrhée (absence de règles). Chez un jeune garçon ou chez une jeune fille prépubère, ce sera surtout la perte de poids rapide, avec cassure de la courbe de poids, associée à des perturbations de l'alimentation, qui alertera.

Quelles **conséquences ?**

- **Sur le plan corporel ou somatique**, la dénutrition entraîne des carences dommageables pour le fonctionnement des muscles (dont le cœur), pour les os (risque de fragilisation des os voire d'ostéoporose précoce), pour le fonctionnement hormonal et aussi pour le cerveau (altération de certains fonctionnements neurobiologiques et cognitifs).

- L'aménorrhée est parfois la première conséquence somatique détectable de l'amaigrissement excessif, avec en corollaire des troubles de la fertilité et l'aggravation du risque d'ostéoporose précoce plus tard.

- Si l'amaigrissement s'aggrave et dure, le risque cardiaque se majore ; les risques d'ostéoporose immédiate deviennent plus importants.

- Pour les anorexiques avec conduites boulimiques, certaines conduites compensatoires sont aussi très dommageables : l'émail des dents est mis à mal par les vomissements répétés. Il se fragilise et devient cassant. Les caries peuvent proliférer. À terme, on peut craindre des problèmes parodontaux, des déchaussements des dents et une usure irréversible. Par ailleurs des lésions digestives graves peuvent survenir. Les perturbations métaboliques dues aux vomissements, et notamment la perte de potassium, peuvent conduire à une insuffisance rénale (à long terme), voire à un arrêt cardiaque.

- **Sur le plan psychique**, la dénutrition et la perception déformée de soi-même (vision de tout ou partie du corps « trop gros ») peuvent participer à une aggravation du manque d'estime de soi. Peuvent par ailleurs apparaître une hyperémotivité, de l'impulsivité (attaque de soi), des variations d'humeur, de l'anxiété, des pensées obsessionnelles et de la dépression, avec, dans les cas les plus graves, apparition de pensées suicidaires.

- **Sur le plan social**, le manque d'estime de soi et les obsessions alimentaires entraînent isolement, repli sur soi, parfois interruption des études ou de l'activité professionnelle, et aggravent les troubles des conduites alimentaires, créant un cercle vicieux.

Que **repèrent** les proches ?

Restrictions alimentaires

La jeune fille ou le jeune garçon diminue progressivement les quantités ingérées et sélectionne les aliments dans son assiette. Cette personne élimine certaines catégories d'aliments, souvent les plus caloriques (féculents, lipides). Elle soupire qu'elle n'a vraiment pas faim. Elle se plaint d'être écœurée par un aliment qu'elle consommait sans problème jusqu'à présent. Les repas deviennent tendus.

Elle se plaint de douleurs diverses, mais surtout au niveau de l'abdomen. Elle multiplie sa consommation de boissons chaudes, surtout le café et le thé, ou de boissons froides sans calories (eau, soda *light*).

À table, quand elle n'a pas trouvé le moyen de la déserter, elle trie, coupe en petits morceaux, classe par ordre de taille les aliments, cache et consomme le minimum.

Amaigrissement

La jeune fille ou le jeune garçon maigrit et soit le cache sous des vêtements amples, soit l'exhibe avec fierté par des vêtements de taille de plus en plus petite. Quelquefois beaucoup et très vite. Cet amaigrissement peut atteindre 20 à 30 % de son poids en quelques mois. Cette personne se trouve « trop grosse » et s'en plaint, alors que c'est tout le contraire. Elle éprouve une peur intense à l'idée de prendre du poids. Elle ne se voit, de toute façon, que « trop grosse », globalement ou sur certaines parties de son corps. La rationalité n'a aucune prise sur elle. Il est tout à fait vain d'essayer de la sermonner, d'essayer de lui faire entendre raison, ce qui est source de conflits. Ce n'est, à ce stade, qu'une immense perte d'énergie pour les proches, et le sentiment absolu d'être incomprise pour elle.

Aménorrhée

Les cycles de la jeune fille sont perturbés, elle n'a bientôt plus ses règles. L'aménorrhée est un élément essentiel de la prise de conscience de la maladie. Cependant, les règles persistent sous contraception œstro-progestative (pilule, patch ou anneau).

Signes complémentaires

- La personne se désintéresse petit à petit de toutes les activités qu'elle affectionnait avant. Elle se referme sur elle-même, ne sort plus, et certaines s'enferment pour travailler, surinvestissent leurs études, d'autres perdent le goût de tout.
- Progressivement, toute son activité psychique, intellectuelle, est absorbée par les pensées autour du poids, de la minceur, l'invention de stratégies pour déjouer la faim et refuser l'alimentation, bien qu'elle ne pense qu'aux aliments puisqu'elle meurt de faim (courses incessantes dans les commerces d'alimentation). Parfois des rituels alimentaires, de rangement ou de lavage apparaissent.
- En famille, cette personne veut régenter tout ce qui concerne la nourriture, en faisant des listes de courses, en cuisinant pour les autres, mais en ne s'alimentant pas.
- Elle pourra aussi se plaindre d'insomnies, de frilosité, de perdre ses cheveux… conséquences directes de la dénutrition.
- **Dans le cas d'anorexie associée à des crises boulimiques**, les manifestations sont parfois plus discrètes (perte de poids moins remarquable), et outre les signes cités ci-dessus les proches seront alertés par :
  - une préoccupation excessive par rapport au corps. Cela concerne souvent les filles mais peut aussi se repérer chez des jeunes garçons, notamment s'ils pratiquent une discipline sportive où la minceur et le contrôle du poids sont valorisés à l'excès (gymnastique, athlétisme…) ;
  - les signes de conduites purgatives (achat de laxatifs, vomissements dans les toilettes ou sport à outrance…) ;
  - des signes indirects : une consommation alimentaire très importante et plus ou moins cachée - les placards se vident, les emballages vides restent dans les armoires.

Que faire ?

- La prise en charge précoce de l'anorexie mentale est recommandée pour prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique, ainsi que les complications somatiques, psychiques et sociales.

- Une des premières difficultés auxquelles les proches sont confrontés, quand ils ont compris que leur enfant ou leur proche allait mal, c'est de lui faire accepter l'idée de s'engager dans la voie du soin et du changement. En effet, la personne en souffrance s'est engagée dans cette voie, depuis des semaines, des mois, des années, luttant sans cesse contre la faim, organisant avec la plus grande minutie sa stratégie, se noyant dans une frénésie d'activités physiques ou intellectuelles, et « jouissant » de sa perte de poids. Elle n'est pas prête à y renoncer. Elle, qui s'est construite autour de ce trouble alimentaire, s'angoisse à l'idée de l'abandonner. D'autant que les traitements visent tous une reprise de poids, ce qui est inenvisageable pour elle, pour le moment. C'est ce qu'on appelle le déni.

- Pourtant, une prise en charge rapide évite des souffrances inutiles et améliore le pronostic. Amener la personne à consulter est un défi pour l'entourage et constitue en soi un grand pas sur le chemin de la guérison. La décision de consultation n'est par ailleurs pas toujours aisée à prendre pour les proches qui peuvent avoir peur de consulter. Les associations d'entraide peuvent être très utiles dans cette phase.

La prise en charge d'un trouble du comportement alimentaire est du ressort d'un professionnel de santé. Il vaut mieux chercher de l'aide auprès d'un professionnel de santé, connaissant les TCA, de préférence :

- ☞ un pédopsychiatre ou un pédiatre pour les jeunes enfants ou pour les adolescents ;
- ☞ un généraliste, un psychiatre ou un médecin spécialisé dans les TCA pour les adultes.

- Ce médecin pourra être le médecin coordinateur des soins, en assumant la coordination de l'ensemble des intervenants pour traiter à la fois les aspects psychologique, nutritionnel et somatique (nécessité d'une prise en charge multiple). Une évaluation globale du patient sur ces aspects est faite régulièrement par l'équipe soignante pour déterminer les signes de gravité de la maladie.

La FNA-TCA (**www.fna-tca.com**) et l'AFDAS-TCA (**www.anorexieboulimie-afdas.fr**) peuvent vous aider dans votre démarche de soins.

- Dans l'anorexie stricte, les objectifs principaux de la prise en charge seront de restaurer un poids normal pour la taille et l'âge avant tout, et de mettre en route dès que la reprise de poids est suffisante et le permet une psychothérapie adaptée (individuelle et/ou familiale) afin d'assurer une réinsertion sociale de qualité le plus rapidement possible.

- Quand des conduites boulimiques sont associées, l'objectif sera de mettre en route une psychothérapie pour faire disparaître les crises de boulimie et les stratégies compensatoires.

- L'objectif de poids à atteindre est discuté progressivement avec le médecin. Mais l'arrêt de la perte de poids est le premier objectif pour la plupart des patients, avant d'envisager de reprendre du poids.

- En parallèle à la prise en charge nutritionnelle et somatique, la psychothérapie est la thérapie de choix des troubles alimentaires. Mais la psychothérapie n'est possible que si la personne a un poids suffisant, sinon ses facultés d'évolution peuvent être amenuisées et elle ne bénéficiera pas de la psychothérapie. Lorsque le poids est trop bas, on pratiquera des consultations ayant pour but une psychothérapie de soutien dont l'objectif sera d'accompagner la reprise de poids et de faire face à l'angoisse qui ne manquera pas d'émerger (cf. chapitre *En savoir* **+**).

Quid de l'hospitalisation ?

- Ce n'est plus un recours systématique. On privilégie initialement le soin dans l'environnement habituel du patient (consultations dites en ambulatoire) quand cela est possible, c'est-à-dire sans danger.

L'hospitalisation est devenue rare, mais se justifie lorsque le pronostic vital du patient est engagé, que la situation n'a pas évolué suffisamment avec un traitement ambulatoire bien conduit (on dit qu'elle se chronicise et c'est très dangereux pour l'avenir) ou lorsque le patient et/ou la famille sont épuisés et ont besoin de souffler un peu pour débloquer la situation.

- Elle permet de parer au plus pressé, c'est-à-dire de stopper la dénutrition, d'aider à contenir un trop-plein d'angoisse et/ou de dépression, puis de mettre en place un projet de soins ambulatoires adapté.

- La mise à distance du milieu de vie habituel induite par l'hospitalisation, avec ou sans séparation en fonction des équipes et des situations, permet à certains patients, qui n'y arrivent pas dans leur cadre familial, de sortir de la spirale infernale de la maladie et de trouver une motivation à la guérison.

- Si l'hospitalisation était il y a quelques années, pour certaines familles, synonyme de traumatisme, **elle a beaucoup évolué**, notamment grâce à l'exemple de services spécialisés qui ont développé une prise en charge de ces troubles à la fois compétente et respectueuse de l'alliance thérapeutique avec le patient et les familles (cf. chapitre *En savoir* **+**).

- Dans le domaine des soins pour anorexie mentale, les proches sont de précieux alliés sur le chemin de la guérison. Mieux, souvent les familles ont de multiples compétences pour aider la personne en souffrance, et contribuent très largement à la guérison lorsqu'elles sont systématiquement associées à l'action des personnels de soin.

Guérit-on des TCA ?

☺ Oui ! En sachant que

- **Plus vite on consulte**, plus on peut éviter que les troubles s'installent, deviennent chroniques et que l'organisme se fragilise ;
- **Plus on consulte tôt**, plus on peut réduire les souffrances physiques et psychologiques de la personne qui souffre des troubles et de ses proches.

☞ **Plus on consulte tôt, plus on peut guérir vite et se sentir bien dans son corps et dans sa tête !**

En savoir +

Sur les psychothérapies

- De manière générale, sont proposées des thérapies de type **psychodynamique**, pour un travail de fond, pour que les patients comprennent ce qui les a amenés là où ils en sont aujourd'hui et qu'ils puissent remplacer leurs comportements destructeurs par une solution plus adaptée pour leur avenir. C'est un travail de longue haleine, qui prend quelquefois des années.
- On a également recours à des approches de type **cognitivo-comportemental**, qui agissent à plusieurs niveaux. Le premier étant souvent un niveau d'éducation à la nutrition, pour bien en comprendre les enjeux. Le second, plus comportemental, permettra aux patients de mieux gérer l'affirmation de soi, de mieux être en relation avec les autres. Cela permettra également de travailler sur l'anxiété. Ces thérapies sont très utiles parfois, pour dénouer un moment de crispation et de stagnation dans le processus thérapeutique.
- Sont fréquemment proposées des thérapies dites **familiales**, qui impliquent l'enfant, un ou les deux parents, et quelquefois la fratrie. Ces thérapies sont particulièrement indiquées chez les enfants et les adolescents amenés à vivre encore plusieurs années dans un système familial qui doit absolument apprendre à accompagner leur processus de guérison. S'il est essentiel que les patients puissent bénéficier de soins, il est tout aussi essentiel que l'environnement dans lequel ils vivent soit accompagné et aidé. C'est tout l'intérêt de ces approches.
- On pourra également utiliser l'espace des **groupes de parole**, avec d'autres personnes concernées par la maladie. Ces groupes permettent à chacun d'exprimer son ressenti par rapport à la maladie, de comprendre que d'autres peuvent vivre la même chose, de partager, d'échanger, d'adopter un autre angle de vue. Ces groupes sont très riches et dynamisants.

Sur l'alliance thérapeutique en cas d'hospitalisation

- Parce qu'une hospitalisation sans consensus serait non productive, l'hospitalisation doit être discutée avec le patient lui-même et avec sa famille. Elle se prépare, sauf urgence vitale, avec le patient et sa famille au travers d'entretiens d'information, de discussion du projet de soins et de visite du service.

- Pendant l'hospitalisation dans un service spécialisé, le patient va être entouré, accompagné du personnel soignant. On lui propose un programme nutritionnel adapté, des entretiens thérapeutiques, ainsi que des activités de groupe, comme des groupes de parole, de l'art-thérapie, du sport, des activités culturelles, etc. Une thérapie peut être débutée ou poursuivie en cours d'hospitalisation ou après.

- La séparation avec le système familial est induite de fait par une hospitalisation. Selon les équipes elle est pratiquée de manière différente, et vous sera expliquée ; elle est modulée selon l'âge et accompagnée ; si cela n'est à votre sens pas suffisant, n'hésitez pas à en parler avec les équipes. En cas de séparation (qui n'est plus un isolement), les parents peuvent quotidiennement avoir des nouvelles de leur enfant, des visites sont programmées.

- Dans tous les cas, l'entourage aussi sera accompagné dans cette hospitalisation qui constitue également une épreuve pour lui (groupes de parents, thérapies familiales, entretiens, etc.).

Ce document a été réalisé avec le concours de la Fédération Nationale d'Associations TCA (FNA-TCA).

HAS

Ce document est l'un des deux documents d'information destinés aux familles et aux patients, relatifs aux recommandations de bonne pratique « Anorexie mentale : prise en charge »
Recommandations pour la pratique clinique – juin 2010.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur **www.has-sante.fr** et sur **www.anorexieboulimie-afdas.fr**

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FFAB
Fédération Française Anorexie Boulimie
French Federation Anorexia Bulimia
(anciennement AFDAS-TCA)

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Boulimie et hyperphagie boulimique

Repérage

Fiche outil 1

Juin 2019

- La boulimie se caractérise par des crises de boulimie (absorption d'une grande quantité de nourriture dans un temps restreint, associée à un sentiment de perte de contrôle) suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif. En outre chez ces sujets l'estime de soi est affectée de manière excessive par l'apparence physique. Les personnes souffrant de boulimie ont généralement un IMC normal en raison des comportements compensatoires.
- L'hyperphagie boulimique se caractérise par des épisodes récurrents de crises de boulimie, mais sans le recours aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie. C'est pourquoi les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique sont généralement en surpoids ou en situation d'obésité. Ce trouble est responsable d'une souffrance importante.

REPÉRAGE

Le repérage ne concerne pas que les professionnels de santé mais tout intervenant du cadre de vie de la personne concernée (entourage, personnel scolaire, éducateur sportif, etc.).

Population cible

- Jeunes, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes.
- Activités professionnelles ou loisirs à risque (pour la boulimie) :
  - mannequins
  - disciplines sportives à catégorie de poids ou nécessitant le contrôle du poids (gymnastique, danse, en particulier classique, athlétisme, natation synchronisée, culturisme, courses hippiques [jockey], etc.) notamment de niveau de compétition.
- Antécédents familiaux de trouble(s) des conduites alimentaires (TCA).

Situations à risque

- Antécédents de troubles des conduites alimentaires (anorexie mentale,…).
- Affections somatiques :
  - variations pondérales rapides sans cause organique retrouvée ;
  - pathologies impliquant des régimes telles que le diabète de type 1 ;
  - perturbations des menstruations, aménorrhée, troubles de la fertilité ;
  - plaintes liées à des symptômes gastro-intestinaux inexpliqués, en particulier reflux gastro-intestinaux et douleurs gastriques, troubles du transit ;
  - problèmes dentaires inexpliqués, en particulier érosion dentaire ;
  - situation d'aménorrhée inexpliquée, syndrome des ovaires polykystiques, troubles de la fertilité (en particulier en cas de projet d'assistance médicale à la procréation) ;
  - variations importantes de l'HbA1c ou du poids chez les patients diabétiques (il existe des questionnaires de dépistage des troubles des conduites alimentaires adaptés aux sujets atteints de diabète de type 1 [type DEPS-R, m-EDI, m-SCOFF]) ;
  - vomissements répétés inexpliqués (boulimie) ;
  - hypokaliémies inexpliquées (boulimie).
- Manifestations psychologiques :
  - tentatives de suicide, automutilations ;
  - addictions, abus de substances psychoactives (alcool en particulier) ;
  - troubles anxieux et troubles de l'humeur (troubles dépressifs et troubles bipolaires) ;
  - troubles de la personnalité dont la personnalité limite ;
  - troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ;
  - psychotraumatismes (abus sexuels et maltraitance, etc.).
- Rechercher systématiquement une hyperphagie boulimique :
  - en cas de situation de surpoids ou d'obésité ;
  - en cas de demande de chirurgie bariatrique ;
  - en cas d'échec de la perte de poids après chirurgie bariatrique ;
  - en cas de troubles bipolaires et chez les patients prenant des antipsychotiques (car, du fait de la prise de poids, elles majorent les troubles métaboliques associés aux traitements antipsychotiques).

Signes cliniques d'appel

- Demande de régime amaigrissant ou de perte de poids.
- Habitudes alimentaires restrictives, exclusions alimentaires, recours inapproprié aux produits ou méthodes dits « à visée amaigrissante, drainante, purificatrice, détox », usage inapproprié de laxatifs, diurétiques, compléments alimentaires.
- Inquiétude de l'entourage (parents, conjoint, fratrie) face au comportement alimentaire.
- Exercice physique excessif.
- Préoccupations excessives autour du poids ou de la corpulence, particulièrement en cas d'IMC normal ou bas (boulimie).
- Angle sous-mandibulaire gonflé (parotidomégalie) ; signe indirect de vomissements (boulimie).
- Signe de Russell (abrasions sur le dos de la main liées aux vomissements, boulimie).

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FFAB
Fédération Française Anorexie Boulimie
French Federation Anorexia Bulimia
(anciennement AFDAS-TCA)

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Boulimie et hyperphagie boulimique

Comment en parler ?

Fiche outil 2

Juin 2019

- La boulimie se caractérise par des crises de boulimie (absorption d'une grande quantité de nourriture dans un temps restreint, associée à un sentiment de perte de contrôle) suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif. En outre chez ces sujets l'estime de soi est affectée de manière excessive par l'apparence physique. Les personnes souffrant de boulimie ont généralement un IMC normal en raison des comportements compensatoires.
- L'hyperphagie boulimique se caractérise par des épisodes récurrents de crises de boulimie, mais sans le recours aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie. C'est pourquoi les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique sont généralement en surpoids ou en situation d'obésité. Ce trouble est responsable d'une souffrance importante.

SI VOUS ÊTES CONCERNÉ(E)

- Choisir un professionnel de santé avec lequel on se sent en confiance pour aborder ses problèmes de boulimie ou d'hyperphagie boulimique.
- En cas de besoin, demander de l'aide à une personne de confiance de son entourage pour cette démarche : amis, famille.
- Vous pouvez contacter anonymement un professionnel ou une association de patients par téléphone sur la ligne Anorexie-Boulimie Info écoute au 0 810 037 037.
- Il n'est jamais trop tard pour consulter : la guérison est toujours possible même après plusieurs années d'évolution des troubles.

SI VOUS ÊTES DE L'ENTOURAGE

- Choisir un moment où chacun est disponible pour aborder la situation. Attendre d'être soi-même calme pour aborder la discussion.
- Avoir une attitude bienveillante, non jugeante, incluant une écoute accueillante de la souffrance de la personne dans sa globalité.
- Ne pas se positionner en tant que moralisateur. Être conscient que la boulimie et l'hyperphagie boulimique ne sont pas la conséquence d'un manque de volonté mais sont des troubles qui nécessitent des soins et que les personnes souffrant de ces troubles n'en ont pas toujours conscience.
- Les régimes ou les actions visant à obtenir un « corps parfait » ne solutionnent pas ces troubles.
- Avoir conscience que vos réactions (culpabilité, colère, tristesse, reproches, jugement) peuvent empêcher un dialogue constructif et aidant et générer un conflit.
- Valoriser la personne sur ses points forts, ses points d'amélioration, ses efforts, ses succès, etc. plutôt que de pointer ses points faibles, les échecs et les rechutes. Éviter d'infantiliser, de dénigrer.
- Prendre en considération la souffrance globale de la personne, et ne pas se centrer sur les problèmes en lien avec l'alimentation. Ces problèmes sont souvent les plus visibles, mais ne sont en fait qu'une partie du trouble, et sont les plus difficiles à aborder.
- Encourager la personne à se soigner. Il n'est jamais trop tard pour consulter. La guérison est toujours possible même après plusieurs années d'évolution.
- Ne pas hésiter à en parler à votre médecin traitant.

SI VOUS ÊTES UN SOIGNANT

- Être conscient que la boulimie et l'hyperphagie boulimique ne sont pas la conséquence d'un manque de volonté mais sont des troubles qui nécessitent des soins.
- Ne pas hésiter à investiguer auprès du patient l'existence de ces troubles par des questions spécifiques :
  - « *Avez-vous ou avez-vous eu ou pensez-vous avoir un problème avec votre poids ou votre alimentation ?* »
  - « *Votre poids vous inquiète-t-il de manière excessive ?* »
  - « *Votre poids influence-t-il la façon dont vous vous sentez ?* »
  - « *Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ?* »
  - « *Est-ce que vous vomissez ? Vous arrive-t-il de vous faire vomir ?* »
- Un diagnostic et une intervention précoces permettent d'éviter la chronicisation des symptômes et l'apparition de multiples complications.
- Prendre en considération la souffrance de la personne dans sa globalité (aspects psychologiques, somatiques et sociaux) avec bienveillance et sans jugement. Ne pas se centrer exclusivement sur les problématiques alimentaires qui sont souvent les plus visibles mais qui ne sont en fait qu'une partie du trouble, et qui risquent de braquer la personne.
- Valoriser la personne sur ses points forts, ses points d'amélioration, ses efforts, ses succès plutôt que de pointer ses points faibles, les échecs et les rechutes.
- Délivrer une information sur les troubles et leur évolution. La guérison est possible malgré la durée des troubles et de possibles rechutes. Éviter de dramatiser dans l'objectif de mobiliser le malade.
- Favoriser un dialogue ouvert avec l'entourage pour l'aider à prendre en considération la souffrance de la personne dans sa globalité et éviter de se centrer sur les problèmes avec l'alimentation.
- Connaître les obstacles à l'accès aux soins afin de les aborder : la honte, la peur du jugement, la méconnaissance des troubles, le déni, le fardeau financier des soins non pris en charge.
- La prise en charge (outre les soins médicaux, nutritionnels et psychiatriques) vise à la reprise de contact avec les centres d'intérêt, les liens affectifs et l'insertion socioprofessionnelle qui permettront au patient d'avancer dans les soins (ses projets de vie, ses loisirs, ses relations, ses études et son travail).

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FFAB
Fédération Française Anorexie Boulimie
French Federation Anorexia Bulimia
(anciennement AFDAS-TCA)

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Boulimie et hyperphagie boulimique

Évaluation initiale et initiation des soins

Fiche outil 3

Juin 2019

- La boulimie se caractérise par des crises de boulimie (absorption d'une grande quantité de nourriture dans un temps restreint, associée à un sentiment de perte de contrôle) suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif. En outre chez ces sujets l'estime de soi est affectée de manière excessive par l'apparence physique. Les personnes souffrant de boulimie ont généralement un IMC normal en raison des comportements compensatoires.
- L'hyperphagie boulimique se caractérise par des épisodes récurrents de crises de boulimie, mais sans le recours aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie. C'est pourquoi les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique sont généralement en surpoids ou en situation d'obésité. Ce trouble est responsable d'une souffrance importante.

ÉVALUATION INITIALE

- Quand le diagnostic de boulimie ou d'hyperphagie boulimique est évoqué, réaliser une évaluation clinique globale initiale comprenant les aspects somatiques – y compris dentaires –, nutritionnels et psychiatriques ; si besoin par des professionnels de spécialités différentes.
- Objectif : identifier les risques physiques, nutritionnels, psychiques (y compris suicidaires), et les conséquences sociales.
- Aborder avec précaution, empathie et bienveillance, le sujet des troubles des conduites alimentaires, si besoin en plusieurs fois, et en ayant à l'esprit la difficulté des patients à parler de ce type de troubles (cf. fiche outil « Comment en parler ? »).

Rechercher les différents éléments d'une crise de boulimie ou d'hyperphagie boulimique

- Modalités :
  - déroulement : où, contexte, facteurs déclenchants (émotions, aliments), quand, comment ;
  - quantité et type d'aliments et de boissons (potomanie, alcoolisations) ;
  - stratégies de contrôle du poids (conduites purgatives, etc.).
- Fréquence.
- Culpabilité et honte associées.
- Retentissement sur l'image du corps : insatisfaction liée au poids fréquente, indépendamment de l'IMC.
- Retentissement sur le sommeil et l'humeur (idées suicidaires, en particulier post-crises).
- Retentissement social et sur la sexualité.
- Retentissement professionnel et financier.

Antécédents à rechercher

- Surpoids/obésité et/ou variation rapide du poids, chirurgie bariatrique.
- Agression, maltraitance.
- Troubles psychiatriques et addictifs individuels et/ou familiaux (cf. Examen psychiatrique ci-dessous).
- TCA individuels et/ou familiaux.

Examen physique/bilan somatique initial

Il doit être aussi complet que possible et inclure un examen dentaire complet et un bilan gynécologique.

- Évaluation staturo-pondérale : poids, taille, calcul de l'IMC, report sur les courbes, détermination de l'état nutritionnel (maigreur, surpoids, obésité).
- Bilan du retentissement de l'état nutritionnel en cas de maigreur ou d'obésité le cas échéant.
- Examen cardio-vasculaire : recherche de palpitations, douleur thoracique, dyspnée, pression artérielle, pouls, ECG.
- Examen gastro-entérologique : troubles digestifs hauts, douleurs abdominales, troubles du transit (diarrhée/constipation), signes d'hémorragie digestive.
- Examen dermatologique : scarifications, signe de Russell, symptômes de carences liées à la malnutrition (perte des cheveux, ongles cassants, perlèche).
- Examen ophtalmologique : hémorragies sous-conjonctivales (liées aux efforts de vomissement).
- Examen musculaire : fatigabilité, crampes, fasciculations.
- Examen ORL : hypertrophie parotidienne (liée aux vomissements), perlèche.
- Examen endobuccal : état dentaire et muqueuses pour la détection précoce des complications et leur prévention ; à répéter tous les 6 mois en cas de vomissements.
- Évaluation endocrino-gynécologique : recherche de troubles du cycle menstruel ; pour les plus jeunes : recherche d'un retard pubertaire, bilan gynécologique avec examen.
- Bilan biologique initial (NFS, plaquettes, hémostase, ionogramme sanguin, créatininémie, réserve alcaline, glycémie à jeun). En cas de surpoids ou d'obésité compléter par un bilan métabolique[1,2]

1. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. HAS 2011 : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
2. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. HAS 2011 : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_obesite_enfant_adolescent.pdf

4 Boulimie nerveuse et Hyperphagie boulimique

Examen psychiatrique

- Antécédents d'idées suicidaires, tentatives de suicide.
- Idées suicidaires actuelles[3], plan ou intention de passer à l'acte.
- Automutilations.
- Comportements impulsifs.
- Symptômes et troubles de l'humeur (dépression et trouble bipolaire).
- Symptômes et troubles anxieux.
- Symptômes et troubles obsessionnels compulsifs.
- Troubles de la personnalité (en particulier de type limite, notamment en cas d'automutilations ou de forme très sévère de boulimie ou d'hyperphagie boulimique).
- Addictions, abus de substances.
- Troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH).
- Antécédents d'abus (psychologiques, physiques et sexuels).
- Évaluer le retentissement social des troubles (familial, relationnel, professionnel, ou chez les jeunes sur la formation).

SIGNES À RECHERCHER À L'EXAMEN PHYSIQUE INITIAL (COMPLICATIONS SPÉCIFIQUES DES CRISES DE BOULIMIE ET DES VOMISSEMENTS OU SYNDROME ASSOCIÉ)

Signes cliniques	Signes paracliniques	Mécanismes physiopathologiques
Présentation générale • Callosités sur le dos des doigts • Hypertrophie parotidienne • Déshydratation • Faiblesse musculaire • État dentaire précaire (caries, érosions, récessions gingivales) • Pétéchies sur le visage, hémorragie conjonctivale.	**Ionogramme sanguin** • Hypokaliémie • Alcalose hypochlorémique (vomissements) • Acidose (laxatifs) hyperchlorhémique • Hyperamylasémie	• Vomissements (les perturbations du ionogramme peuvent être aggravées par la prise de laxatifs et/ou diurétiques).
État cardiaque et hémodynamique • Hypotension, palpitations.	**ECG** • Signes d'hypokaliémie	• Vomissements, laxatifs, diurétiques.

3. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge ; Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires

Suite

Signes cliniques	Signes paracliniques	Mécanismes physiopathologiques
Appareil digestif • Hypertrophie parotidienne • Douleurs pharyngées • Érythème ou ulcérations du pharynx • Œsophagite • Gastrite • Douleurs abdominales • Troubles du transit • Reflux gastro-œsophagien, ulcère œsophagien **Plus rarement :** syndrome de Mallory-Weiss, achalasie de l'œsophage. **Exceptionnellement :** rupture œsophagienne avec médiastinite (syndrome de Boerhaave), dilatation aiguë de l'estomac voire rupture gastrique, diarrhée.	• Hyperamylasémie (examen non indiqué en routine) avec lipasémie normale.	• Vomissements.
Fonction rénale	• Insuffisance rénale fonctionnelle. • Néphropathie tubulo-interstitielle avec acidose tubulaire de type 1 en cas d'hypokaliémie prolongée. • Insuffisance rénale terminale.	• Déshydratation. • Hypokaliémie chronique (vomissements, diurétiques).
Gynécologie • Aménorrhée • Oligoménorrhée, spanioménorrhée • Troubles ovulatoires • Syndrome des ovaires polykystiques (syndrome associé).		• Malnutrition perturbant l'axe gonadotrope (vomissements)
Sphère bucco-dentaire • Érosion de l'émail, caries		• Vomissements.

4 Boulimie nerveuse et Hyperphagie boulimique

INITIATION DES SOINS

- Nommer le trouble des conduites alimentaires avec tact et sans stigmatisation.
- Informer sur les risques liés au trouble (chronicité, conséquences potentiellement graves à court et long terme) qui nécessitent des soins multidisciplinaires dans la durée.
- Informer sur les possibilités de guérison avec une prise en charge adaptée.
- Expliquer l'objectif des soins :
  - traiter les dysrégulations émotionnelles et les dimensions psychiques associées ;
  - restaurer un comportement alimentaire adapté ;
  - diminuer les crises ;
  - objectifs thérapeutiques plus larges : complications somatiques, psychiques, sociales et relationnelles.
- Établir une alliance thérapeutique : instaurer une relation de qualité entre le praticien, le patient et l'entourage, y compris chez les adultes. Les entretiens motivationnels sont recommandés en cas de difficultés à s'engager dans les soins.
- Après le repérage, selon sa compétence et les besoins du patient, le praticien peut assurer la prise en charge ou orienter le patient vers un autre confrère pour une prise en charge spécifique et adaptée à l'âge du patient.

COMPLÉMENT D'INFORMATION POUR LES PROFESSIONNELS OU LES PARENTS ET LEUR FAMILLE

- Documents d'information pour les patients et les familles et recommandations de bonne pratique pour les professionnels :
  - Boulimie et hyperphagie boulimique - Repérage et éléments généraux de prise en charge. HAS 2019. www.has-sante.fr
- Numéro vert Anorexie-Boulimie Info Écoute 0810 037 037 : permet aux professionnels et aux patients et à leur famille d'avoir une écoute ou une information précise par des professionnels ou des associations de patients
- Annuaire national des services TCA : site FFAB (ex-AFDAS-TCA) : www.ffab.fr

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
« Boulimie et hyperphagie boulimique - Repérage et éléments généraux de prise en charge »
Méthode Recommandations pour la pratique clinique – Juin 2019.
Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur **www.has-sante.fr**

Juin 2019

Suite

Retrouvez l'ensemble des fiches TCA sur le site de l'HAS

Boulimie et Hyperphagie boulimique :

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elements-generaux-de-prise-en-charge

Anorexie mentale :

https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FFAB
Fédération Française Anorexie Boulimie
French Federation Anorexia Bulimia
(anciennement AFDAS-TCA)

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Boulimie et hyperphagie boulimique

Complications somatiques et prise en charge

Fiche outil 4

Juin 2019

- La boulimie se caractérise par des crises de boulimie (absorption d'une grande quantité de nourriture dans un temps restreint, associée à un sentiment de perte de contrôle) suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif. En outre chez ces sujets l'estime de soi est affectée de manière excessive par l'apparence physique. Les personnes souffrant de boulimie ont généralement un IMC normal en raison des comportements compensatoires.
- L'hyperphagie boulimique se caractérise par des épisodes récurrents de crises de boulimie, mais sans le recours aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie. C'est pourquoi les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique sont généralement en surpoids ou en situation d'obésité. Ce trouble est responsable d'une souffrance importante.

COMPLICATIONS SOMATIQUES ET PRISES EN CHARGE

Complications	Causes	Recommandations
Métaboliques • Hypokaliémie avec risque cardiaque et rénal. • Hyponatrémie. • Déshydratation. • Alcalose métabolique. • Hyperkaliémie en cas de prise de diurétique anti-aldostérone.	Vomissements	• Informer le patient des conséquences potentiellement graves des vomissements (y compris dentaires, voir fin du tableau). • Informer le patient de la nécessité de prendre tout médicament *per os* à distance des vomissements (notamment contraception, potassium, traitement psychotrope, antibiotiques, etc.). • Accompagner vers un arrêt des vomissements.

...

Complications	Causes	Recommandations
Métaboliques • Hypokaliémie avec risque cardiaque et rénal. • Hyponatrémie. • Déshydratation. • Alcalose métabolique. • Hyperkaliémie en cas de prise de diurétique anti-aldostérone.	Vomissements	• Surveiller la kaliémie. ◗ En cas d'hypokaliémie : - corriger l'hypokaliémie selon les recommandations en vigueur ; - prescrire une complémentation orale en potassium à adapter à la fréquence des vomissements et à distance de ceux-ci. • En cas de vomissements fréquents sans hypokaliémie objectivée, discuter une supplémentation orale en potassium au cas par cas dans le cadre d'une décision partagée avec le patient (supplémentation potassique à prendre en période d'acutisation des vomissements).
	Mésusage de laxatifs et recours aux lavements	• Rechercher une éventuelle prise de laxatifs, notamment en cas de troubles hydro-électrolytiques inexpliqués (hypokaliémie). • Informer les patients que la prise de laxatifs ne permet pas de perdre du poids car elle ne diminue pas significativement l'absorption calorique, et que la prise chronique de ces molécules a des conséquences délétères. • En cas de prise de laxatifs stimulants ou de pratique de lavements, informer le patient des effets indésirables et accompagner vers un arrêt, qui doit être progressif en cas d'utilisation prolongée.
	Prise de diurétiques	• Rechercher une éventuelle prise de diurétiques, notamment en cas de troubles hydro-électrolytiques inexpliqués (hyponatrémie, hypokaliémie, déshydratation, hyperkaliémie). • Expliquer les risques de la prise de diurétiques et leur inefficacité sur la perte de poids. • Accompagner vers un arrêt progressif de la prise de diurétiques en cas d'utilisation prolongée.
Carences en micronutriments (vitamines et éléments traces) • Vitamine B1, vitamine D, folates.	Malnutrition	• Face aux situations à risque de carence (notamment vitamine B1 en cas de vomissements et vitamine B12 en cas de régime végétarien au long cours), rechercher la présence de symptômes cliniques de carence spécifique qui s'ils existent doivent faire l'objet de dosages biologiques, et si besoin mettre en place une complémentation adéquate.
Métaboliques et risque cardio-vasculaire • diabète de type 2 (DT2), dyslipidémies, syndrome d'apnées du sommeil.	Surcharge pondérale	• Peser régulièrement les patients[1]. • Prendre en charge les surpoids et situations d'obésité secondaires à l'hyperphagie boulimique et dépister les complications associées, dont le diabète de type 2.

1. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. HAS - Septembre 2011.

4 Boulimie nerveuse et Hyperphagie boulimique

Complications	Causes	Recommandations
Digestives • Hypertrophie parotidienne, éructations, nausées, dyspepsie, douleurs pharyngées. • Érythème ou ulcérations du pharynx, épigastralgies, pesanteur gastrique. • Œsophagite, gastrite. • Reflux gastro-œsophagien (RGO). • Augmentation du risque de cancer de l'œsophage. • Trouble fonctionnel intestinal, douleurs abdominales, ballonnements, constipation. • Prolapsus rectal et crises hémorroïdaires. **Plus rarement** • Syndrome de Mallory-Weiss (lacération des parois de l'œsophage à la jonction avec l'estomac), achalasie, endobrachyœsophage, diarrhée. **Exceptionnellement** • Rupture œsophagienne avec médiastinite (syndrome de Boerhaave), dilatation aiguë de l'estomac voire rupture gastrique, diarrhée.	Vomissements	• En cas de reflux gastro-œsophagien (RGO) et/ou vomissements fréquents : › prescrire des mesures hygiéno-diététiques ; › prescrire des inhibiteurs de la pompe à proton (IPP), en tenant compte de la balance bénéfice/risque individuelle et en concertation avec le patient ; › réévaluer régulièrement l'intérêt du maintien de la prescription.
	Mésusage de laxatifs et recours aux lavements	• En cas de constipation sévère secondaire au mésusage de laxatifs (soit liée à l'effet toxique des laxatifs stimulants sur l'intestin, soit réactionnelle à un arrêt brutal des laxatifs), il est possible de prescrire sur une durée limitée des laxatifs osmotiques en première intention en plus des mesures hygiéno-diététiques.
	Malnutrition	• Rechercher, ne pas négliger et prendre en charge les symptômes digestifs hauts et bas. Ces symptômes très fréquents sont source de souffrance importante pour les patients et peuvent être un obstacle au retour à un comportement alimentaire équilibré et adapté. • Informer les patients que la majorité des troubles digestifs sont la conséquence de leurs troubles des conduites alimentaires et que la prise en charge de ces troubles des conduites alimentaires va en améliorer la plupart. • En cas de reflux gastro-œsophagien (RGO), prescrire des mesures hygiéno-diététiques et des IPP.
Osseuses • Ostéopénie, ostéoporose.	Malnutrition	• Réaliser une évaluation de la minéralisation osseuse par ostéodensitométrie chez : › les patientes souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique en aménorrhée depuis au moins 6 mois, en dehors d'une grossesse ; › les patients souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique avec antécédent d'anorexie mentale ; › les patients présentant un autre facteur de risque d'ostéoporose. • Au cours du suivi, refaire une ostéodensitométrie en cas de persistance des facteurs de risque ou de l'apparition de nouveaux facteurs de risque, à distance, si cela peut a priori conduire à une modification thérapeutique de la prise en charge du patient. • Surveiller et corriger les carences en vitamine D. • Mettre en place des mesures hygiéno-diététiques selon les recommandations de prise en charge de l'ostéoporose en vigueur.

Suite

Complications	Causes	Recommandations
Gynéco-obstétricales • Contraception, conduites sexuelles à risque. • Impact sur la fertilité, la grossesse et le *post-partum*.	Vomissements, malnutrition	**Contraception** • Expliquer aux patientes que les contraceptifs oraux doivent se prendre à distance des vomissements et que l'aménorrhée quand elle existe ne protège pas d'un risque de grossesse. • En cas de vomissements très fréquents sous contraceptif oral, proposer d'autres méthodes contraceptives (dispositif intra-utérin, implant, patch contraceptif, préservatifs, etc.). **Conduites sexuelles à risque** • Chez les patientes présentant un trouble des conduites alimentaires, en particulier en cas de trouble limite de la personnalité associé, être vigilant quant aux comportements sexuels à risque, informer sur les risques associés et les méthodes de prévention, orienter vers un suivi gynécologique. **Désir de grossesse** • Toute femme souffrant de trouble des conduites alimentaires désirant une grossesse doit être informée des conséquences des troubles nutritionnels sur sa fertilité (risque d'infertilité) et des risques sur la grossesse (fausses couches, prématurité) et pour le fœtus (hypotrophie et mortalité périnatale). Elle doit être conseillée pour augmenter ses chances de grossesse et limiter les risques, en particulier en assurant un apport nutritionnel et un poids adéquat. • En cas de demande d'AMP chez une patiente ayant un trouble des conduites alimentaires connu et suivi, un suivi obstétrical coordonné avec le suivi du TCA est recommandé. **Chez les femmes avec un trouble des conduites alimentaires connu, enceintes ou en *post-partum*** • La période périnatale constitue une phase de grands changements physiques et psychologiques et représente par conséquent une période de haute vulnérabilité pour les femmes affectées par des troubles des conduites alimentaires. Aussi, il est important d'assurer un suivi régulier, attentif et personnalisé aux femmes qui souffrent d'un trouble des conduites alimentaires pendant la période périnatale. • Rechercher systématiquement la dépression pendant la grossesse et le *post-partum* car le risque est majoré. • Orienter les patientes souffrant de troubles des conduites alimentaires pour un suivi multidisciplinaire spécialisé en coordination avec le suivi obstétrical. • Évaluer et complémenter si besoin les carences vitaminiques (risques pour le fœtus). • Poursuivre le suivi multidisciplinaire pour les troubles des conduites alimentaires après l'accouchement avec une attention particulière à la relation mère-enfant (alimentation et interactions).

...

Complications	Causes	Recommandations
Gynéco-obstétricales • Contraception, conduites sexuelles à risque. • Impact sur la fertilité, la grossesse et le *post-partum*.	Vomissements, malnutrition	**Après un diabète gestationnel chez les femmes ayant un TCA** • Après un diabète gestationnel, il est recommandé d'inciter à poursuivre les modifications d'hygiène de vie (alimentation, activité physique 30 à 60 minutes par jour au moins 5 jours par semaine, arrêt du tabagisme) car cela permet de réduire le risque d'apparition d'un diabète de type 2.
Dentaires • Lésions érosives étendues, polycaries, sensibilité thermique (froid en particulier) ou aux acides, attaque parodontale, récessions gingivales.	Vomissements, mérycisme, reflux gastro-œsophagien, brossages des dents intempestifs, reflux nocturne, alimentation déséquilibrée avec prise importante de sucres et multiplication des apports (sodas, grignotage) et la désorganisation des rythmes alimentaires	• Donner des conseils d'hygiène dentaire spécifiques aux patients qui vomissent (ne pas se brosser les dents immédiatement après les vomissements, se rincer la bouche à l'eau plate après un épisode de vomissements, éviter les aliments acides [fruits, jus, boissons gazeuses, produits marinés, yaourts, boissons alcoolisées], finir les repas par des aliments alcalins [lait ou fromage]). • Il est recommandé que les patients qui vomissent bénéficient d'évaluations dentaires régulières par un chirurgien-dentiste informé. • Il est recommandé que les équipes prenant en charge les troubles des conduites alimentaires collaborent étroitement avec des services dentaires pour en faciliter l'accès. **Pour approfondir voir aussi fiche « Repérage et prise en charge de l'état dentaire par le chirurgien-dentiste »**

PATIENTS SOUFFRANT DE DIABÈTE DE TYPE 1

En cas de trouble des conduites alimentaires chez un patient diabétique :

- informer du risque accru de déséquilibre glycémique aigu et chronique et de ses conséquences : ce risque de déséquilibre glycémique aigu et chronique et ses conséquences justifient un suivi très régulier, une vigilance accrue et une prise en charge spécifique du trouble des conduites alimentaires ;
- mettre en place un suivi multidisciplinaire coordonné associant diabétologue et spécialistes du trouble des conduites alimentaires, sur le plan somatique et psychiatrique ;
- dépister régulièrement les complications dégénératives du diabète, plus précoces et plus sévères chez les patients souffrant de TCA (micro-angiopathie et plus particulièrement rétinopathie diabétique) ;
- rechercher le mésusage d'insuline (diminution volontaire des doses d'insuline dans un objectif de contrôle du poids).

Suite

SEVRAGE BOULIMIQUE : PLACE DE LA NUTRITION ENTÉRALE

- Le sevrage des crises de boulimie en utilisant une nutrition entérale par sonde nasogastrique doit rester un traitement réservé aux patients présentant des troubles sévères.
- Cette méthode doit être réalisée uniquement en milieu hospitalier spécialisé.

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
« Boulimie et hyperphagie boulimique - Repérage et éléments généraux de prise en charge »
Méthode Recommandations pour la pratique clinique – Juin 2019.
Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur **www.has-sante.fr**

Juin 2019

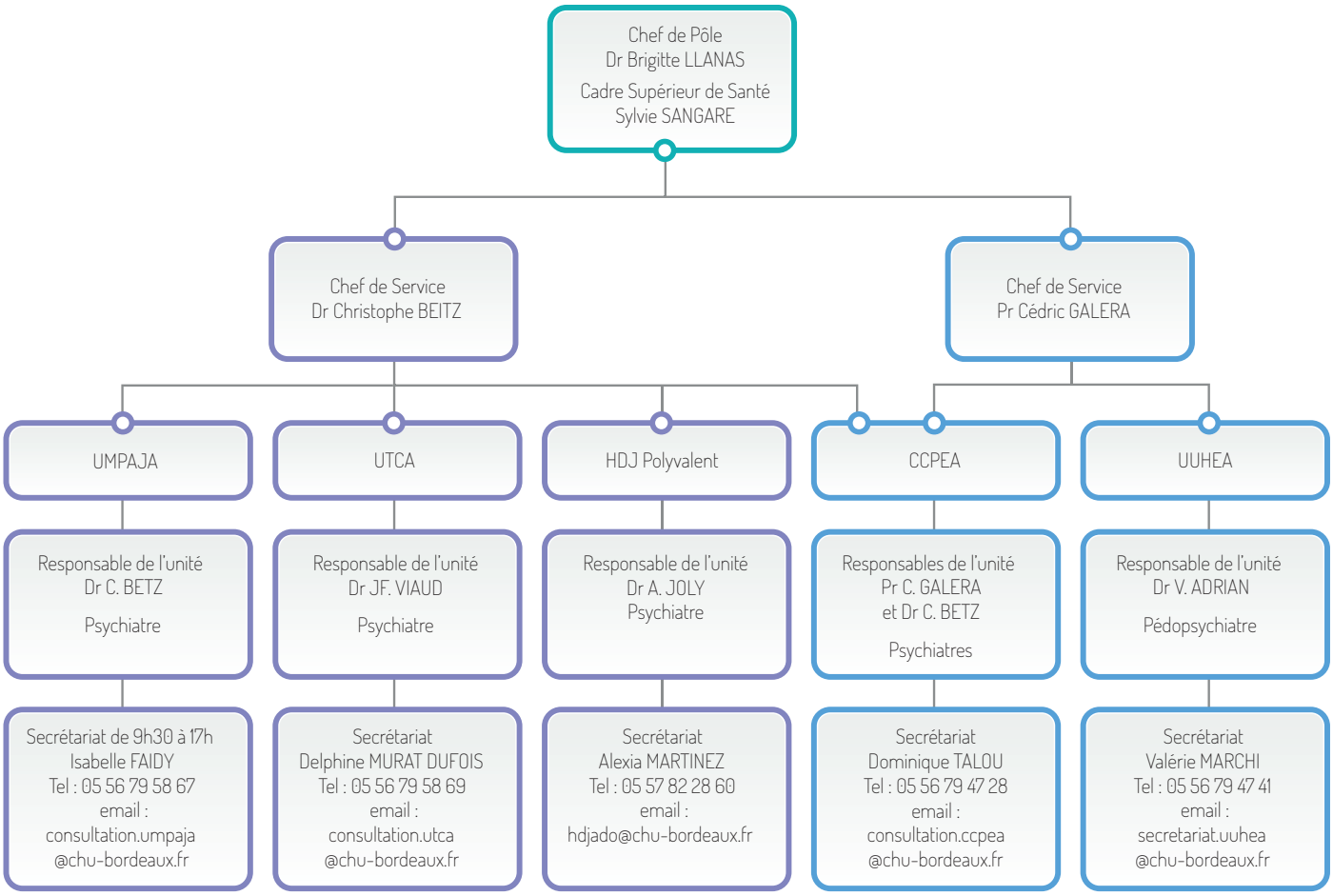
5 Les structures de soins TCA

Centre Jean ABADIE

89 rue des Sablières 33077 Bordeaux
Tel : 05.56.79.56.79
Tram B, arrêt Bergonié

Si urgence pédiatrique pour des adolescents de - 15 et 3 mois :
Urgence pédiatrique de Hôpital Pellegrin - Tel : 05 56 79 59 72

Si urgence pour des adolescents de + 15 et 3 mois :
SECOP de l'Hôpital Charles Perrens - Tel : 05 56 56 35 50



UMPAJA : Unité médico-psychologique de l'adolescent et du jeune adulte
Prise en charge d'adolescents ou de jeunes adultes en détresse suicidaire

UTCA : Unité pour troubles des conduites alimentaires.
Elle s'adresse à des jeunes adolescents et jeunes adultes de 14 à 21 ans résidant en Nouvelle Aquitaine et souffrant de TCA graves : anorexie mentale et ou boulimie.

HDJ Polyvalent
L'hôpital de jour regroupe les prises en charge en HDJ de l'UTCA et de l'UMPAJA, en pré et post hospitalisation sur un lieu unique.
Indiqué pour les adolescents pubères et jeunes adultes de 13 à 21 ans, présentant une problématique suicidaire, des attaques du corps, des conduites à risque, des troubles des conduites alimentaires, ou dans un moment de décompensation adolescente (rupture quant à un état antérieur)

CCPEA : Centre de consultation polyvalente de l'enfant et de l'Adolescent
Accueil des jeunes de 12 à 25 ans

UUHEA : Unité universitaire d'hospitalisation pour enfants et adolescents
Destiné aux 7-17 ans souffrant notamment de dépressions sévères, de troubles anxieux sévères et de troubles des conduites alimentaires à début précoce + dysphorie de genre.

CHU BDX
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BORDEAUX

Pôle pédiatrie
PLATEFORME DE TÉLÉMÉDECINE DU CENTRE JEAN ABADIE

UN NOUVEL ACCÈS AUX SOINS

Présentation de la TÉLÉMÉDECINE

Le Centre Jean Abadie développe un projet de télémédecine au CHU de BORDEAUX avec le soutien de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Ce projet a pour but d'apporter un avis expertal rapide et de faciliter l'accès aux soins pour des adolescents résidant en Nouvelle Aquitaine.

Le dispositif technique se déploie à travers de la téléexpertise, des téléconsultations, des télé-suivis.

Population cible

Adolescents et jeunes adultes de 14 à 20 ans.

La téléexpertise pour les patients présentant des troubles des conduites alimentaires à l'exclusion de situations d'urgence vitale.

La téléconsultation et le télé-suivi pour les patients des services du Centre Jean Abadie (UMPAJA, UTCA et HDJ polyvalent).

www.chu-bordeaux.fr

Objectifs

- ➔ **Apporter une réponse rapide** en termes d'avis diagnostique et de modalité de prise en charge.
- ➔ **Faciliter l'accès aux soins psychologiques et psychiatriques** pour les adolescents et leurs familles.
- ➔ **Proposer un accompagnement adapté** aux besoins du patient dans la poursuite de ses soins.
- ➔ **Limiter le recours aux hospitalisations** inopportunes et éviter le recours systématique aux urgences.
- ➔ **Prévenir et dépister** précocement des troubles des conduites alimentaires.

Modalités pratiques de la demande de télé-expertise

- **Contact par mail ou par téléphone** d'un médecin demandeur de téléexpertise.
- **Toute demande d'avis de TCA doit s'effectuer sur la plateforme dédiée** à l'adresse suivante : *https://portail.alliance-gironde.fr/pro/*
  Vous devez créer votre compte afin de déposer vos futures demandes.
- **Réponse du médecin expert dans les 7 jours**, avec une proposition de soins écrite, par retour du formulaire via la plateforme.

CONTACTS

teleexpertise.cja@chu-bordeaux.fr
Privilégiez les contacts par mail
Tél. 05 56 79 58 69

ÉQUIPE TÉLÉMÉDECINE

Dr Christophe Beitz, *psychiatre*
Dr Jean-François Viaud, *psychiatre*
Auriana Fantino, *cadre de santé*
Delphine Murat-Dufois, *secrétaire médicale*

ars Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

www.chu-bordeaux.fr

COM0694 © Direction de la communication et de la culture - Illustrations : AdobeStck - Mars 2024

ENFANTS, ADOLESCENTS

Le CMPEA – CH. Charles Perrens
(Centre Médico Psychologique de l'enfant et de l'adolescent)

12 rue de la Résistance 33380 Biganos
Tel : 05.56.82.78.30

Email secrétariat : secretariat-cmpea-biganos@ch-perrens.fr
Médecin responsable : Dr Marc Pojet
Cadre responsable : Mme Virginie Jallageas
Pédopsychiatres : Dr Marc Pojet, Dr Jules Fouchault
Infirmières : Mme Goutard, Mme Roger

CMPP du Bassin d'Arcachon
(Centre Médico-Psycho-Pédagogique)

Rue Claude Laymand 33470 Le Teich
Tel : 05.57.16.32.19

Email : cmpp.bassin.arcachon@apajh33.fr
Secrétaire : Madame Isabelle Montbertrand

Clinique Béthanie

144 avenue Roul 33400 Talence
Tel : 05.56.84.81.00
Tel Filière TCA : 05.56.84.81.76

Email : contact.hdj-tca@clinique-bethanie.fr
Public : les personnes de 16 à 25 ans présentant des troubles des conduites alimentaires à type d'anorexie mentale restrictive, de boulimie nerveuse et d'hyperphagie.
Toutes les informations sur : www.clinique-bethanie.fr
Médecin psychiatre : Dr Xavier Pommereau

Clinique Korian Montpribat

1444 chemin Aliénor d'Aquitaine 40380 Montfort-en-Chalosse
Tel : 05.58.98.60.28

Email : elisabeth.jasper@inicea.fr
Coordonnées du Corespondant TCA : Jasper Elisabeth
Fonction pédiatre
Offre de soins : ambulatoire/hospitalisation
TCA pris en charge : anorexie/ boulimie/ hyperphagie boulimique

---

CMPEA Belin-Beliet
(Centre Médico Psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent)

28 route de Suzon 33280 Belin Beliet
Tel : 05.56.88.04.45

Public : 0 à 17 ans
Médecin responsable : Dr Nester
Tel: 05.56.88.04.45
Email : cmpea.belin@ch-cadillac.fr

Clinique Médicale et Psychologique Jean Sarrailh FSEF
(Fondation Santé des Etudiants de France)

2 rue de Prat 40800 Aire sur l'Adour
Tel : 05.58.71.65.08

Public : 14 à 20 ans
email: j.sarrailh@fsef.net

5 Les structures de soins TCA (suite)

ADULTES

Hôpital Haut-Lévêque

Avenue de Magellan 33604 Pessac Cedex
Tel secrétariat : 05.24.54.93.93

Email secrétariat : secretariat-addictologie@chu-bordeaux.fr
Pôle addictologie : Pr Mélina Fatseas
Unité TCA adultes : Médecin responsable Dr Delphine Sanchez

CMP-CH. Charles Perrens
(Centre Médico-Psychologique)

115 avenue de la Côte d'Argent 33380 Biganos
Tel : 05.24.18.30.70

Email : cmp-biganos@ch-perrens.fr
Médecin responsable : Dr Marine Heraud-Barrault

Pôle de Santé Arcachon
Unité Fonctionnelle Nutrition Addictologue (UFNA)

Avenue Jean Hammeau 33260 La Teste-de-Buch
Tel secrétariat : 05.57.52.91.00
Horaires : 9h à 16h

Email : secretariat.addictologie@ch-arcachon.fr
Public : adultes souffrant de Binge ..., NED, Boulimie nerveuse, Anorexie...
Médecin Responsable : Dr Florence Monteil
Email : service.addictologie@ch-arcachon.fr

6 Détection des TCA - Test rapide SCOFF

1 - Vous êtes vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ?

2 - Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?

3 - Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de trois mois ?

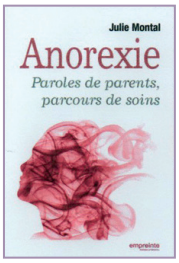
4 - Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?

5 - Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?

Analyse du résultat : deux réponses positives ou plus révèlent un possible trouble du comportement alimentaire et donc la nécessité de consulter un professionnel de la santé.

1- Luck A.J. and coll., The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study, B.M.J., 325: 755-6, october 2002.
2- Garcia F.D. and al., Detection of eating disorders in patient : validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire, Clinical Nutrition, Volume 30, Issue 2, , Pages 178-181, April 2011 .

7 Propositions de lecture



Julie Montal
Anorexie - Paroles de parents, parcours de soin

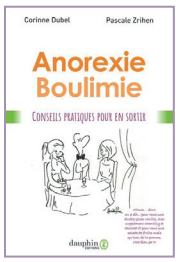
Éditions Empreinte

Solange Cook-Darzens
Catherine Doyen
Vous pouvez aider votre enfant

Éditions Dunod

Noël Peretti
Anne Bargiacchi
Troubles des conduites alimentaires de l'enfant et de l'adolescent

Éditions Elsevier Masson



Corinne Dubel
Pascale Zrihen
Conseils pratiques pour mieux vivre

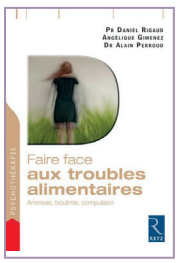
Éditions Dauphin

Solange Cook
Catherine Doyen
50 exercices pour sortir de l'anorexie

Éditions Odile Jacob

Annie Aimé
Christophe Maïano
Marie-Michèle Ricard
Les troubles des conduites alimentaires
Du diagnostic aux traitements

Éditions PUM

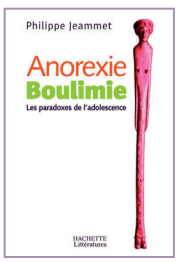


Angélique Gimenez
Alain Perroud
Daniel Rigaud
Faire face aux troubles alimentaires

Éditions Retz

Sandrine et
Alain Perroud
La beauté à quel prix ?

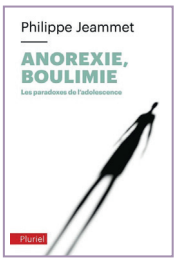
Éditions Favre



Philippe Jeammet
Anorexie. Boulimie

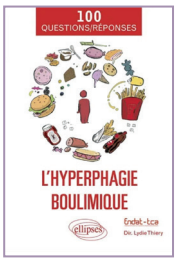
Éditions Fayard

7 Propositions de lecture (suite)



Philippe Jeammet
Anorexie, Boulimie
Les paradoxes de l'adolescence

Éditions Hachette Pluriel Reference



Lydie Thiery
L'hyperphagie boulimique

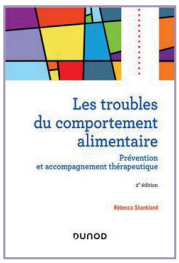
Éditions Ellipses

Claire Barberis-Giletti
Guérir de l'anorexie

Éditions De Boeck Supérieur

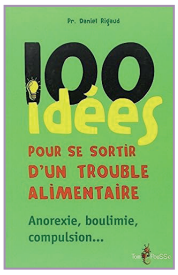
Camille Ringot
Jeûne, régimes, minceur, la grande manipulation

Éditions Larousse



Rébecca Shankland
Les troubles du comportement alimentaires – prévention et accompagment thérapeuthiques

Éditions Dunod

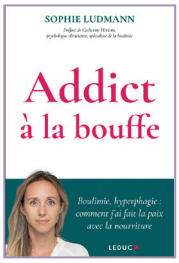


Pr. Daniel Rigaud
100 idées pour se softor d'un trouble alimentaire

Éditions Tom Pousse

Dr. Jean-Jacques Colin
Le grand cahier des TTC pour manger en paix

Éditions Thierry Souccar



Sophie Ludmann
Addict à la bouffe

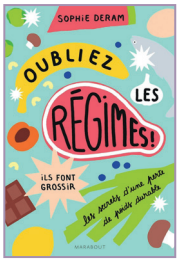
Éditions Leduc

Florian Saffer
Je fais la paix avec mon poids

Éditions Solar

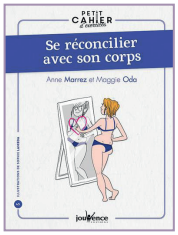
Jérémy Gorskie
De la tête à l'assiette

Éditions First



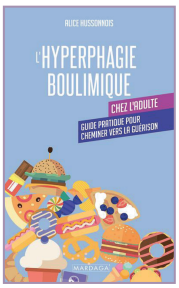
Sophie Déram
Oubliez les régimes

Éditions Marabout



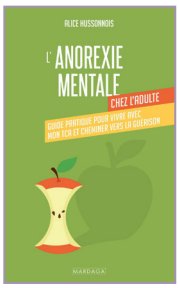
Anne Marrez
Maggie Oda
Se réconcilier avec son corps

Éditions Jouvence



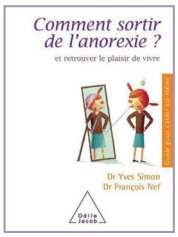
Alice Hussonnois
L'Hyperphagie boulimique
chez l'adulte - guide pratique pour cheminer vers la guérison

Éditions Mardaga



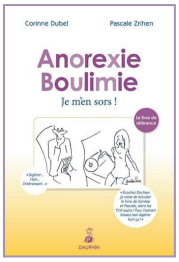
Alice Hussonnois
l'Anorexie Mentale chez l'adulte

Éditions Mardaga



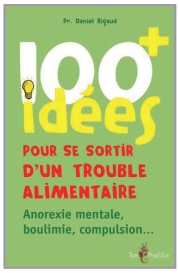
Dr Yves Simon et Dr François Nef
Comment sortir de l'anorexie ? Et retrouver le plaisir de vivre

Éditions Odile Jacob



Corinne Dubel et Pascale Zrihen
Anorexie Boulimie je m'en sors (2018)

Éditions Dauphin



Pr Rigaud
100 idées pour se sortir d'un trouble alimentaire

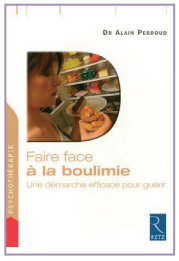
Éditions Tom Pousse

Dr Xavier Pommereau
Jean-Philippe de Tonnac
Le mystère de l'anorexie

Éditions Albin Michel

Dr Alain Perroud
Faire face à l'anorexie

Éditions Retz

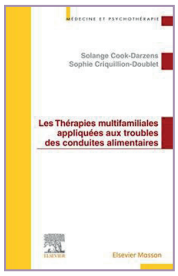


Dr Alain Perroud
Faire face à la boulimie

Éditions Retz

Sandrine Gabat Pujol et Dr Claude Arnauti
Tout le monde me dit que je maigris... je décide d'y réfléchir
Mon cahier de poche

Éditions Jouvence

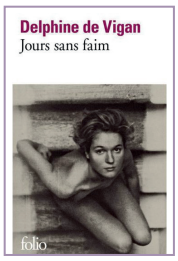


Solange Cook-Darzens
Sophie Criquillion – Doublet
Les thérapies multifamiliales appliquées aux troubles des conduites alimentaires

Éditions Elsevier Masson

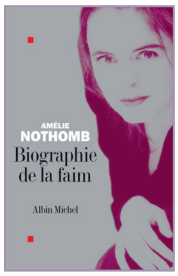
Pr Vincent Dodin et Marie Lyse Testart
Anorexie, boulimie, En faim de conte

Éditions Desclée de Brouwer



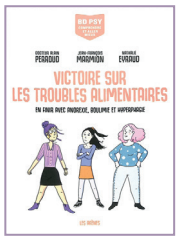
Delphine de Vigan
Jours sans faim

Éditions Folio



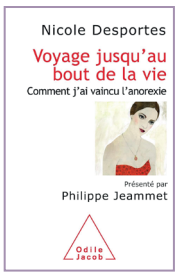
Amélie Nothomb
Biographie de la Faim

Éditions Albin Michel



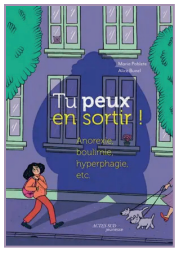
Alain Perroud
Victoire sur les troubles des conduites alimentaires

Éditions Les Arènes



Nicole Desportes
Voyage jusqu'au bout de la vie

Éditions Odile Jacob



Maria Poblete
Tu peux t'en sortir !

Éditions Actes Sud jeunesse

Dr Jean-Philippe Zermati
Osez Manger

Éditions Odile Jacob

FFAB
Fédération Française Anorexie Boulimie
French Federation Anorexia Bulimia

La 1ère formation e-learning de la FFAB sur les TCA est en ligne !
https://invivox.com/fr/training/detail/FFAB33725

Notes

DU

FORMATION HYBRIDE MODULARISABLE

PRÉSENTIEL (PARIS) ET À DISTANCE

Troubles des conduites alimentaires chez l'enfant et l'adolescent, DU national de la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB)

Objectifs

- Pour les participants au DU, il s'agit d'acquérir les compétences permettant la prévention et le diagnostic des TCA chez les mineurs ainsi que la mise en place d'un parcours de soin multidisciplinaire adapté et coordonné. Seront abordés les différentes formes de TCA de l'enfant et de l'adolescent, leurs caractéristiques, les composantes psychothérapeutiques, psychiatriques, somatiques, nutritionelles et sociales des soins, la question de la place de chaque professionnel et les modalités du travail en réseau dans le parcours de soins.
- Pour les participants à un module, l'objectif vise la montée en compétences des professionnels formés aux aspects généraux, intervenant déjà auprès des patients ayant un épisode de TCA au sein le plus souvent d'équipe dédiée, et souhaitant se perfectionner sur des aspects spécifiques (remarque : les publics ayant participé à ces modules se verront remettre une attestation de fin de formation mais ne pourront valider le DU.)

Public concerné & Pré-requis

Tout professionnel travaillant ou souhaitant travailler auprès de personnes mineures présentant un épisode de TCA, qu'il soit en libéral ou en institution (champ sanitaire mais aussi social, médico-social, Education Nationale..) :

- psychiatres, pédiatres, nutritionnistes, médecins généralistes, scolaires ou du sport, addictologues, internes, paramédicaux (cadres, infirmiers…), diététiciens, psychologues, rééducateurs (psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes…), assistantes sociales et éducateurs spécialisés…

Évaluation de la formation

- Présence aux enseignements et soutenance d'un mini mémoire

Moyens pédagogiques

Les formations sont dispensées par des enseignants chercheurs et des professionnels sous forme de cours interactifs et d'échanges à partir de cas cliniques. Les enseignants s'appuieront sur les référentiels nationaux (recommandations HAS, Plan national de formation FFAB), les données de la littérature nationale et internationale récente et leur expérience clinique auprès de mineurs. Stage possible. Plateforme pédagogique : cours enregistrés, docs…

Directrice de l'enseignement

Pre Priscille GERARDIN

Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Responsable des unités universitaires de Psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent - CHU/CH Rouvray.

Responsable pédagogique des mémoires

Dre Corinne BLANCHET

Endocrinologue, Médecin de l'enfant et de l'adolescent, Maison de Solenn, CH Cochin, Paris (AP-HP)

Secrétariat

du.tca.enfantado@univ-rouen.fr

Programme

10 modules de 11h chacun, dont 6h en distanciel :

- **UE1 : Présentation. Historique, épidémiologie, recherche**
  Pre Nathalie GODART (Fondation Santé des Étudiants de France, Paris), Pre Priscille GERARDIN (CHU Rouen)
- **UE2 : Etipathogénie : regards croisés**
  Dre Isabelle NICOLAS (IMM, Paris), Dre Julia CLARKE (CMME, CH Sainte-Anne, Paris)
- **UE3* : Aspects somatiques et nutritionnels**
  Dre Corine BLANCHET (Maison de Solenn, CH Cochin, Paris), Dre Adèle CARLIER (CHI Créteil)
- **UE4* : Aspects spécifiques chez l'adolescent et dans différents contextes**
  Dre Valérie ADRIAN (CHU Bordeaux), Pre Priscille GERARDIN (CHU Rouen), Dr Marc DELORME (CHU Bordeaux)
- **UE5* : Spécificités de l'enfant, de la périnatalité au seuil de l'adolescence**
  Dre Coline STORDEUR (CHU Robert Debré, Paris), Pr Pierre FOURNERET (Hospices Civils, Lyon)
- **UE6* : Parcours de soin et réseau**
  Pr Ludovic GICQUEL (CH H. Laborit, Poitiers), Dr Jean CHAMBRY (CIAPA, Paris)
- **UE7* : Approches psychothérapeutiques et médiations**
  Dre Emmanuelle DOR, Pre Florence ASKENAZY (Fondation Lenval, Nice)
- **UE8* : Représentation et croyances corporelles : de la théorie aux soins**
  Pr Vincent DODIN, Dr Dewi GUARDIA, Mme Jeanne DUCLOS (CH Saint Vincent de Paul, Lille)
- **UE9* : Clinique et soins selon une perspective addictologique ; transition**
  Pre Marie GRALL BRONNEC, Mme Julie CAILLON (CHU Nantes)
- **UE10* : Le travail familial dans les TCA de l'enfant et de l'adolescent**
  Dre Flora BAT PITAULT, (CH Salvator, Marseille), Mme Solange COOK-DARZENS (Paris)
- **Mémoire**

**Ces modules peuvent être suivis indépendamment*

Renseignements et candidature	Unité Mixte de Développement Professionnel Continu en Santé Tél. : 02 35 14 60 79 sante.fc@univ-rouen.fr Conseillère formation : Marie-Laure CAUDRON Université de Rouen Normandie - CFCA Bâtiment Michel Serres, rue Thomas Becket, 76821 Mont-Saint-Aignan Cedex Candidature : https://ecandidat.univ-rouen.fr
Calendrier	Septembre à juin
Durée et organisation	• Une année universitaire : 10 journées de 5h à Paris et 60h en distanciel via classe virtuelle • Un mardi par mois • Dates distanciel : les trois autres mardis du mois, 16h-18h
Tarif	Étudiants : 1 250 € / Autres publics : 2 180 € / Module seul : 465 €
Financement	FIF PL sur demande
Lieu	Paris (Amphithéâtre Jean Dausset, CHU Cochin) et à distance

« C'est tout le paradoxe : cela peut aller jusqu'à la mort alors que, derrière l'anorexie et la boulimie, il y a un très grand appétit de vivre »

Philippe Jeammet

Mémento TCA du Bassin

Cette publication vous est proposée par
Carole Fournier - Diététicienne-Nutritionniste
06.79.95.50.29

Création - Mise en page : **Philippe Bros 06.23.01 86.82** - www.brosweb.fr
Édition du 20/12/2024