



**Compte rendu « dîner TCA » La Rochelle  
19 juin 2024  
De 19h à 23h00**

**Participants :**

- AUDIER Régis – Médecin généraliste libéral
- CHAUMONT Carole – Diététicienne
- COHEN Laure – Pédiatre
- COUTON Anne – Diététicienne
- DESLANDES Béatrice – Médecin généraliste à l'hôpital Marius Lacroix
- GASTADELLO Audrey – Diététicienne
- GELDRON Aude – Masseur-kinésithérapeute
- HAILLOT Lucie – Psychiatre enfants-adolescents
- LAFON Pauline – Psychologue clinicienne
- LE BARON Lorraine – Diététicienne
- LEMONNIER Marine – Sage-femme à l'hôpital de La Rochelle
- LIONI Murielle – Médecin généraliste
- MEGGLE Virginie – Psychanalyste spécialisée dans les dépendances affectives
- OTTAVY Pascal – Infirmier à Tremplin 17
- SEIGNOBOS Florence – Psychologue-psychothérapeute
- VALENCIEN Marine – Diététicienne
- ZAMBONI Elodie – Coordinatrice CPTS La Rochelle

Le Dr Béatrice DESLANDES rappelle que les dîners TCA existent depuis 2 ans désormais. Ils avaient été créés sous l'impulsion de Céline CHAUVEL, paire-aidante professionnelle, et Florence SEIGNOBOS, psychologue et psychothérapeute, qui ont demandé à la CPTS La Rochelle si celle-ci pouvait prendre le relais pour organiser ces réunions, d'en définir le cadre et d'essayer de formaliser un réseau. Le Dr Régis AUDIER explique que les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) ont un cadre, un territoire et des financements négociés avec la CPAM qui demande, en retour, des comptes aux CPTS. Les dîners TCA sont désormais organisés par la CPTS La Rochelle qui se doit donc de respecter un certain cadre de travail qui s'articule autour des professionnels de santé avec un numéro ADELI.

Anne COUTON rappelle qu'un petit questionnaire avait été distribué lors du dernier dîner TCA, permettant ainsi de connaître les besoins et les attentes des participants.

Pour cette nouvelle rencontre, le Dr Béatrice DESLANDES présente les fiches de recommandations de la HAS.

## 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<sup>1</sup> 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 ( $IMC = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m}^2\text{)}$ ) ;
- calculer et suivre l'IMC chez les adultes.

### Signes évocateurs d'une anorexie mentale

<b>Chez l'enfant</b> (en l'absence de critères spécifiques et dès l'âge de 8 ans)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ralentissement de la croissance staturale</li> <li>• Changement de couloir, vers le bas, lors du suivi de la courbe de corpulence (courbe de l'indice de masse corporelle)</li> <li>• Nausées ou douleurs abdominales répétées</li> </ul>
<b>Chez l'adolescent</b> (outre les changements de couloir sur la courbe de croissance staturale ou la courbe de corpulence)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adolescent amené par ses parents pour un problème de poids, d'alimentation ou d'anorexie</li> <li>• Adolescent ayant un retard pubertaire</li> <li>• Adolescente ayant une aménorrhée (primaire ou secondaire) ou des cycles irréguliers (spanioménorrhée) plus de 2 ans après ses premières règles</li> <li>• Hyperactivité physique</li> <li>• Hyperinvestissement intellectuel</li> </ul>
<b>Chez l'adulte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de poids &gt; 15 %</li> <li>• <math>IMC &lt; 18,5 \text{ kg/m}^2</math></li> <li>• Refus de prendre du poids malgré un IMC faible</li> <li>• Femme ayant une aménorrhée secondaire</li> <li>• Homme ayant une baisse marquée de la libido et de l'érection</li> <li>• Hyperactivité physique</li> <li>• Hyperinvestissement intellectuel</li> <li>• Infertilité</li> </ul>

## 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<sup>1</sup>.
- 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.

## 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

Chez l'enfant et l'adolescent	
<b>Anamnestiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine</li> <li>• Refus de manger : aphagie totale</li> <li>• Refus de boire</li> <li>• Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique</li> <li>• Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient</li> </ul>
<b>Cliniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMC &lt; 14 kg/m<sup>2</sup> au-delà de 17 ans, ou IMC &lt; 13,2 kg/m<sup>2</sup> à 15 et 16 ans, ou IMC &lt; 12,7 kg/m<sup>2</sup> à 13 et 14 ans</li> <li>• Ralentissement idéique et verbal, confusion</li> <li>• Syndrome occlusif</li> <li>• Bradycardies extrêmes : pouls &lt; 40/min quel que soit le moment de la journée</li> <li>• Tachycardie</li> <li>• Pression artérielle systolique basse (&lt; 80 mmHg)</li> <li>• PA &lt; 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque &gt; 20/min ou diminution de la PA &gt; 10-20 mmHg</li> <li>• Hypothermie &lt; 35,5°C</li> <li>• Hyperthermie</li> </ul>
<b>Paracliniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie &lt; 0,6 g/L</li> <li>• Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent)</li> <li>• Élévation de la créatinine (&gt; 100 µmol/L)</li> <li>• Cytolyse (&gt; 4 x N)</li> <li>• Leuconéutropénie (&lt; 1 000 /mm<sup>3</sup>)</li> <li>• Thrombopénie (&lt; 60 000 /mm<sup>3</sup>)</li> </ul>
Chez l'adulte	
<b>Anamnestiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois</li> <li>• Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance</li> <li>• Vomissements incoercibles</li> <li>• Échec de la renutrition ambulatoire</li> </ul>
<b>Cliniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signes cliniques de déshydratation</li> <li>• IMC &lt; 14 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• Amyotrophie importante avec hypotonie axiale</li> <li>• Hypothermie &lt; 35 °C</li> <li>• Hypotension artérielle &lt; 90/60 mmHg</li> <li>• Fréquence cardiaque : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ bradycardie sinusale FC &lt; 40/min</li> <li>▶ tachycardie de repos &gt; 60/min si IMC &lt; 13 kg/m<sup>2</sup></li> </ul> </li> </ul>

## Critères somatiques d'hospitalisation (suite et fin)

Chez l'adulte (suite et fin)	
<b>Paracliniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anomalies de l'ECG en dehors de la fréquence cardiaque</li> <li>Hypoglycémie symptomatique &lt; 0,6 g/L ou asymptomatique si &lt; 0,3 g/L</li> <li>Cytolyse hépatique &gt; 10 x N</li> <li>Hypokaliémie &lt; 3 mEq/L</li> <li>Hypophosphorémie &lt; 0,5 mmol/L</li> <li>Insuffisance rénale : clairance de la créatinine &lt; 40 mL/min</li> <li>Natrémie :               <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 125 mmol/L (potomanie, risque de convulsions)</li> <li>&gt; 150 mmol/L (déshydratation)</li> </ul> </li> <li>Leucopénie &lt; 1 000 /mm<sup>3</sup> (ou neutrophiles &lt; 500 /mm<sup>3</sup>)</li> </ul>

## Critères psychiatriques d'hospitalisation

<b>Risque suicidaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tentative de suicide réalisée ou avortée</li> <li>Plan suicidaire précis</li> <li>Automutilations répétées</li> </ul>
<b>Comorbidités</b>	Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> <li>dépression</li> <li>abus de substances</li> <li>anxiété</li> <li>symptômes psychotiques</li> <li>troubles obsessionnels compulsifs</li> </ul>
<b>Anorexie mentale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes</li> <li>Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde naso-gastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire</li> <li>Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation)</li> <li>Conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses</li> </ul>
<b>Motivation, coopération</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Échec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite</li> <li>Patient peu coopérant, ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré</li> <li>Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires</li> </ul>

## Critères environnementaux d'hospitalisation

<b>Disponibilité de l'entourage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires</li> <li>Épuisement familial</li> </ul>
<b>Stress environnemental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conflits familiaux sévères</li> <li>Critiques parentales élevées</li> <li>Isolement social sévère</li> </ul>
<b>Disponibilité des soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (impossibilité du fait de la distance)</li> </ul>
<b>Traitements antérieurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation)</li> </ul>

- 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.



A l'issue de la présentation de ces fiches, les discussions sont laissées libres pendant le repas.

Pour clôturer ce dîner TCA, il est proposé à chaque participant de réfléchir sur le contenu d'une plaquette qui sera créée par les membres des dîners TCA afin de définir un cadre autour d'un socle des 3 métiers suivants : un médecin somaticien (médecin généraliste, pédiatre), un diététicien et un psy (psychiatre, pédopsychiatre, psychologue).

Cette plaquette permettrait également de définir des règles communes comme la question de la pesée du patient : qui pèse ? quand ?

Cette plaquette devra définir les choses importantes pour bien travailler ensemble dans le trinôme évoqué précédemment mais aussi pour éviter le clivage.

Toutes les idées, questions et propositions devront être envoyées à la coordinatrice de la CPTS La Rochelle afin qu'elle en fasse un recueil pour pouvoir travailler sur l'élaboration de la plaquette.