Troubles des Conduites Alimentaires
Échanges de pratiques Loiréadd
2 Mars 2023

Blandine FLEURET et Lola PELLETIER Psychologues cliniciennes

Dr Vikesh BHOOWABUL, médecin psychiatre

Unités spécialisées TCA, CHU St Étienne

PLAN

- *Représentations et TCA*
- *Définitions des TCA*
- *Pourquoi penser les TCA en addictologie ?*
- *En dessins et en mots…*
- *PEC : Grands principes*

REPRESENTATIONS & TCA

QUELQUES REFLEXIONS SUR L'ALIMENTATION

Brainstorming
ALIMENTATION

« C'est quoi bien manger ? »

« Que ton aliment soit ton premier médicament » disait déjà Hippocrate.

QUELQUES REFLEXIONS SUR L'ALIMENTATION

L’alimentation est au cœur de la vie, elle en est une espèce de fil rouge, intimement lié aux émotions, sentiments, événements.

QUELQUES REFLEXIONS SUR L'ALIMENTATION

Pathologie ?

Saint-Augustin

« Dans le manger et le boire, qui est celui, Seigneur, qui ne s'emporte pas quelquefois au-delà des bornes de la nécessité ? »

QUELQUES REFLEXIONS SUR LE COMPT ALIMENTAIRE

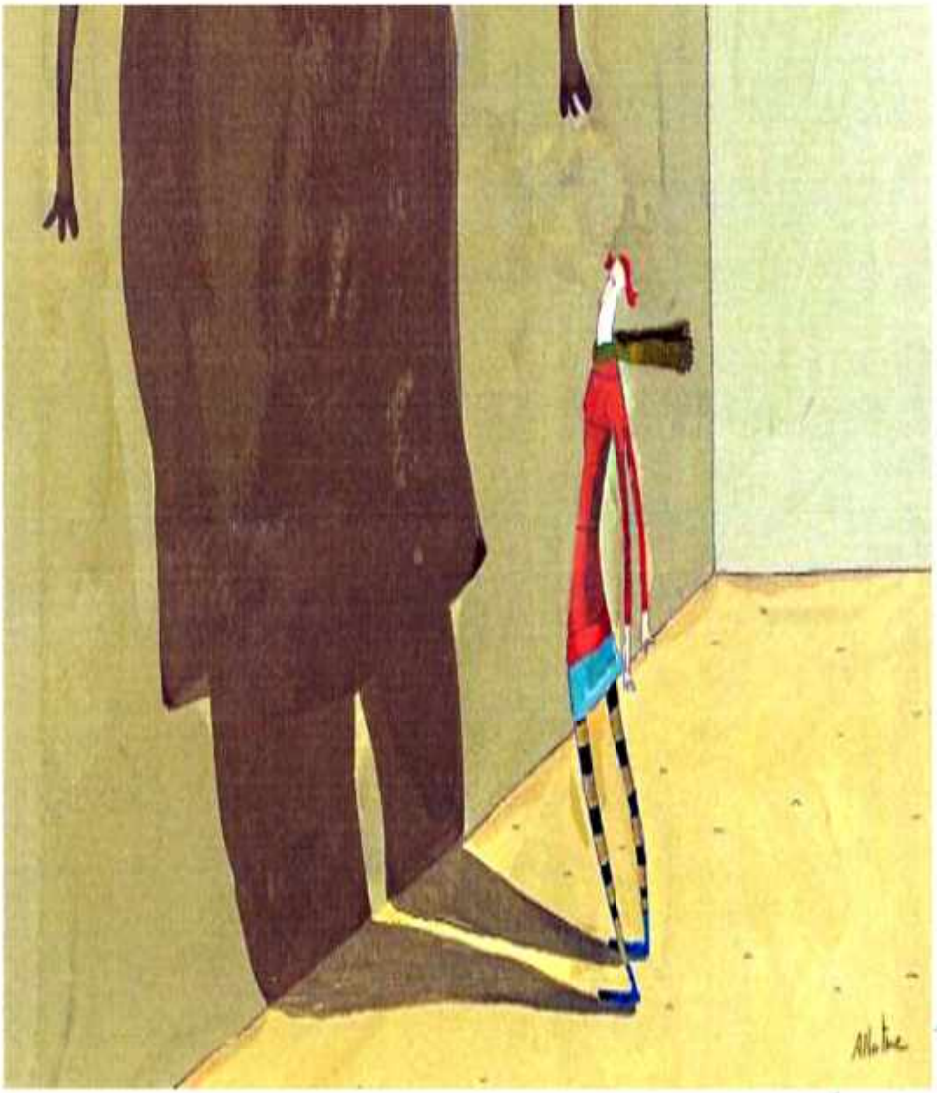
Plusieurs mécanismes entrent en jeu

- Déterminismes physiologiques:
  Faim/satiété
- Déterminismes comportementaux:
  Apprentissage alimentaires
  Aspects comportementaux:
  Aversion/préférence alimentaires
- Déterminismes environnementaux
- Déterminismes psychologiques

QUELQUES REFLEXIONS SUR LE COMPT ALIMENTAIRE

- Besoin : nutriments et énergie : Normal feeding
- behavior
- Plaisir : Certains aliments sont associés au plaisir et apportent un sentiment de plaisir et satiété : Les aliments gras et sucrés
- Sensorialité : odeur, goût…
- Grande variabilité : choix, aversions, préférences…
- « Food addiction » décrite avec craving, désir et compulsion pour aliments gras et sucrés

QUELQUES REFLEXIONS SUR LE CORPS



Qu'est-ce qu'être une femme, un homme ?

Adolescence forme de passage?
Pour aller où ?

Qui suis-je ?

Quelle est ma place ?

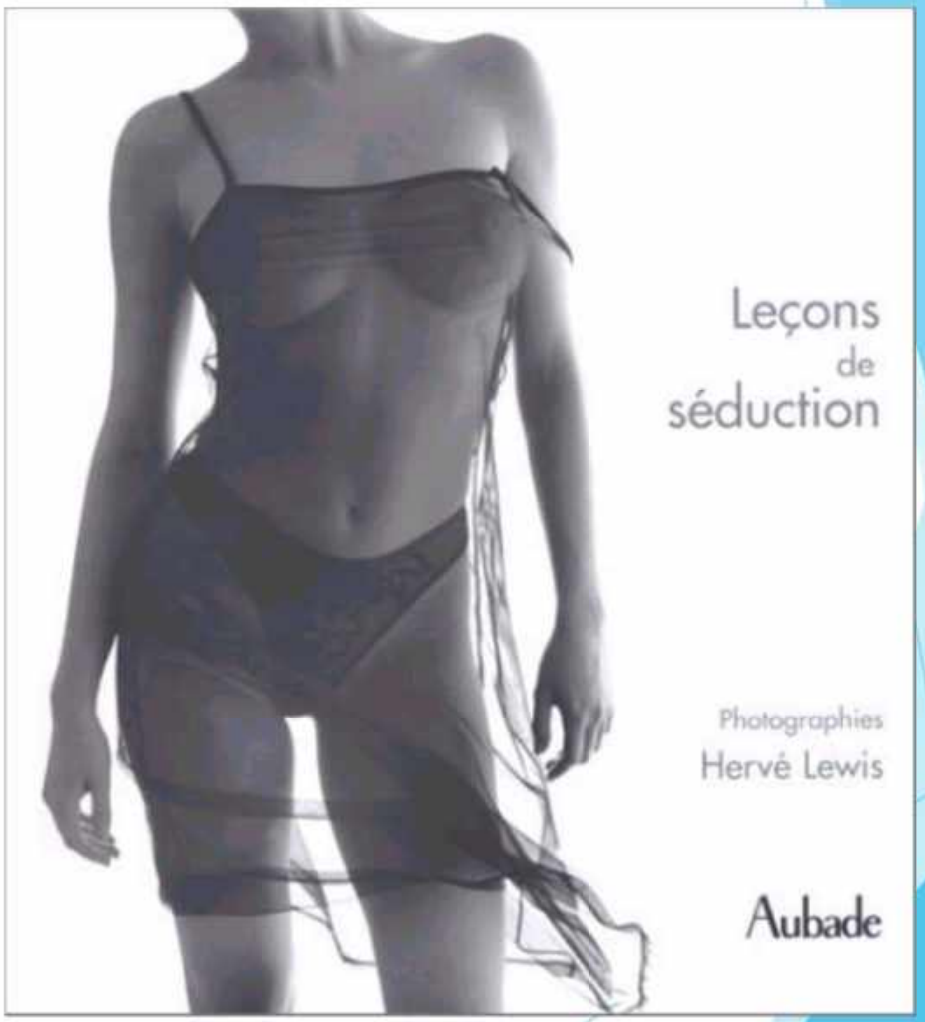
QUELQUES REFLEXIONS SUR LE CORPS

- L’image du corps est propre à chacun. Elle est liée au sujet et à son histoire.

- Elle se construit à force d'expériences agréables ou douloureuses ; au travers le regard des autres, dans la rencontre du corps des autres.

- La peau a une fonction importante dans la formation de l'image du corps. Cette fonction est d'autant plus importante que la peau a été suffisamment stimulée par la mère au cours du dvpt du nourrisson.

QUELQUES REFLEXIONS SUR NOS REPRESENTATIONS



QUELQUES REFLEXIONS SUR NOS REPRESENTATIONS

- Des descriptions de comportements anorexiques et boulimiques dès le Moyen Age
- L'anorexie Sainte
- « Elle prenait parfois un peu de salade et un peu d 'autres légumes crus ou des fruits et les mâchait, puis se détournait pour les rejeter.

Et si elle venait à en avaler une moindre parcelle, son estomac ne lui laissait aucun repos avant qu'elle l'eût vomi. »

Donatello 1454

REPRESENTATIONS ET SOCIETE

- La minceur c'est la beauté, la maîtrise, la réussite
- Augmentation des articles consacrés aux régimes
- Banalisation de la chirurgie pour « lutter contre les graisses inesthétiques »
- Détournement du sport qui de « la forme » passe « aux formes »
- Glorification de la jeunesse
- Préjugé anti gros « qui seraient sujets au relâchement »
- Les 5 ou7 fruits et légumes par jour, etc.

REPRESENTATIONS ET SOCIETE

- Le rôle des médias
- Le rôle d'internet / réseaux sociaux
- Les sites pro Ana donnent des recettes, mais ici, le régime alimentaire extrême est un régime de vie, une distinction valorisée. C'est cette valorisation qui est criminalisée.

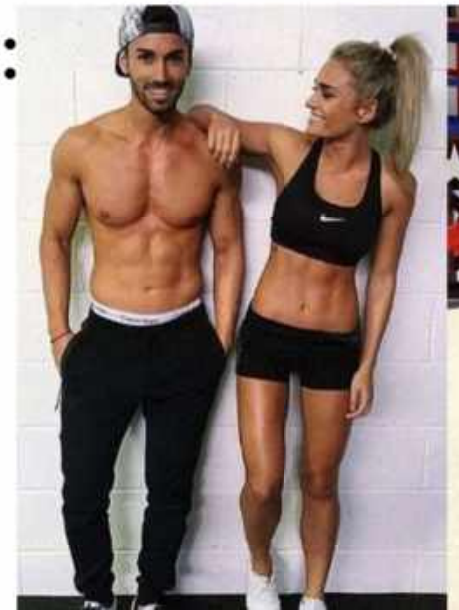
LES MEDIAS

L'univers médiatique: Un monde fascinant!

- Internet, télévision/télé-réalités, groupes musicaux (vidéoclips), magazines, publicité, cinéma, etc.
- Un monde qui fait rêver mais…

Que deux modèles présentés:

- La femme mince
- L'homme musclé



LES MEDIAS

Quels sont les messages?

- Moyens pour amincir et tonifier le corps
- Perdre du poids en peu de temps
- Promotion de produits de beauté
- Diètes à succès
- Photo représentant ce qu'est une femme en santé et en beauté

LES MEDIAS

94% des actrices favorites des jeunes filles sont en dessous de leur poids naturel.

(Gonzalez-Lavin et Smolack, 1995)

LES MEDIAS

Les adolescentes qui visionnent des vidéos de musique affirment être moins satisfaites de leur apparence.

(Hofschire & Greenberg, 2002)

LES MEDIAS

GRAZIA JE M'ABONNE

Perdre du poids : 9 laxatifs naturels pour dire adieu à vos kilos en trop sans effort

Saviez vous que…

- Voir seulement 3 minutes d'images de mannequins très minces augmentent les sentiments de dépression, de honte, de culpabilité, d'insécurité, de stress et d'insatisfaction.

- Plus les médias présentent la minceur comme idéal de beauté, plus les jeunes filles sont à risque de se restreindre dans leur alimentation et d'avoir des comportements boulimiques.

(Stice et Shaw, 1994; Botta, 2003; Becker et al., 2002)

DES FAITS PREOCCUPANTS

- 40% des fillettes entre 9 et 10 ans tenteraient de perdre du poids.
- 55% des fillettes de 8 à 10 ans seraient insatisfaites de leur taille.
- Jusqu'à 21% des fillettes de 5 ans s'inquiéteraient de leur poids.
- Jusqu'à 60% des adolescentes seraient insatisfaites de leur corps.

(Société Canadienne de Pédiatrie, 2003; Thompson, 2004)

Saviez vous que…

- 18% des athlètes démontrent des symptômes d'un trouble alimentaire.

(American Psychological Association, 2003)

Saviez vous que…

Il y a trente ans, le mannequin moyen était 8% en dessous du poids naturel moyen d'une femme.

- De nos jours, le mannequin moyen est 23% en dessous du poids naturel moyen d'une femme.

(Journal of Social and Clinical Psychology, 2005)

Les retouches

99% des photos retrouvées dans les revues sont retouchées.

(Lynch, 2007)

Les retouches

Les retouches

La chirurgie esthétique

Des faits préoccupants…

- Entre 1997 et 2008, le nombre d'opérations en chirurgie esthétique a bondi de 304 %.

- La liposuccion et l'augmentation mammaire sont les procédures les plus populaires chez les femmes.

- Les standards de beauté féminins actuels poussent les femmes vers la chirurgie esthétique.

(Harrison, 2003; American Society for Aesthetic Plastic Surgery, 2009)

Les débats sur le poids : que sont devenus nos repères?

Les débats sur le poids : que sont devenus nos repères?

LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Le champion du jeûne de F. KAFKA

GENERALITES TCA

- Deux systèmes de critères sont utilisés dans le diagnostic des TCA :
  - La CIM 10
  - LE DSM V

- Ils permettent de définir et de classifier les TCA

CLASSIFICATION EN TROIS GROUPES

- ANOREXIE MENTALE
  - Forme restrictive pure
  - Forme boulimique
- BOULIMIE
- HYPERPHAGIE BOULIMIQUE
- BED Binge Eating Disorders
- OSFED : Autres troubles de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments non spécifiés ou Other Specified Feeding or Eating Disorders (DSM IV : EDNOS)

2.1 PRÉVALENCE DES TCA (EUROPE ET AMÉRIQUE DU NORD)

La prévalence rapporte le nombre de cas de maladies, à un instant donné ou sur une période donnée, à la population considérée

Prévalence vie entière chez les adolescents et jeunes adultes*

	Femmes	Hommes
Anorexie mentale (AN)	0,3 - 0,9%	0,3%
Boulimie (BN)	1 - 2%	0,1 - 0,5%
Hyperphagie boulimique (HB)	1,4 - 3,5%	0,3 - 2%

** Les principales études épidémiologiques, réalisées en population générale à partir essentiellement des critères DSM-IV ou DSM-IV-TR, ont des résultats compris dans les intervalles ci-dessus*

Erskine HE et al, 2018 ; Flament MF et al, 2015 ; Hoek HW, 2017 ; Hudson JI et al, 2007 ; Keski-Rahkonen A, et al, 2009 ; Smink FRE et al, 2012 ; Swanson SA et al, 2011

FFAB

2.2 ÂGE MOYEN DE DÉBUT DES TCA

- Anorexie : 17 ans
  - 2 pics d'apparition : 12 et 18 ans
- Boulimie : 18 ans
- Hyperphagie boulimique : 21 ans

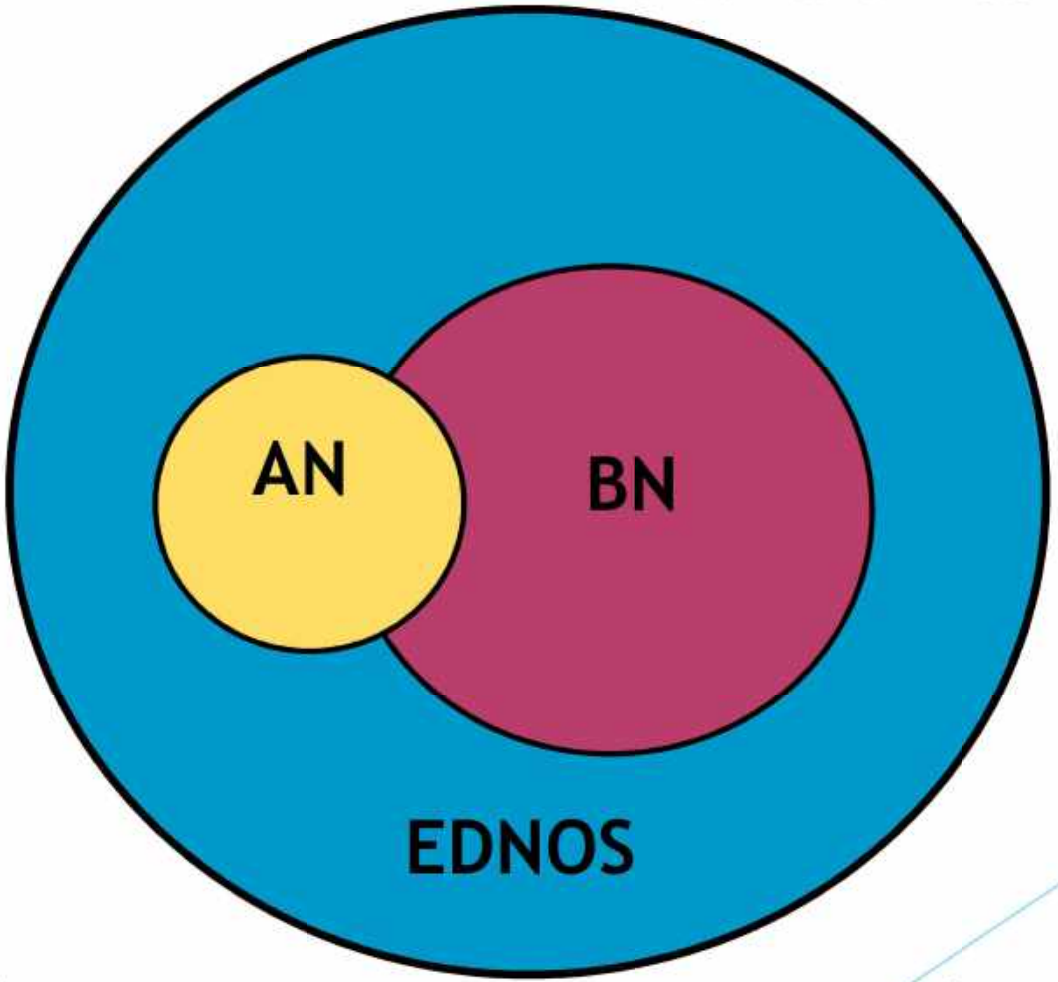
Hudson JI et al, 2007 ; Smink FRE et al, 2012 ; Herpertz-Dahlmann B, 2015 ; Campbell K, Peebles R, 2014 ; van Noort BM et al, 2019

FFAB

60 % d' EDNOS

Fairburn & Bohn 2005

Plus de 60% consulteront, dans les 10 ans pour une altération de leur santé physique ou de leur adaptation psychosociale.

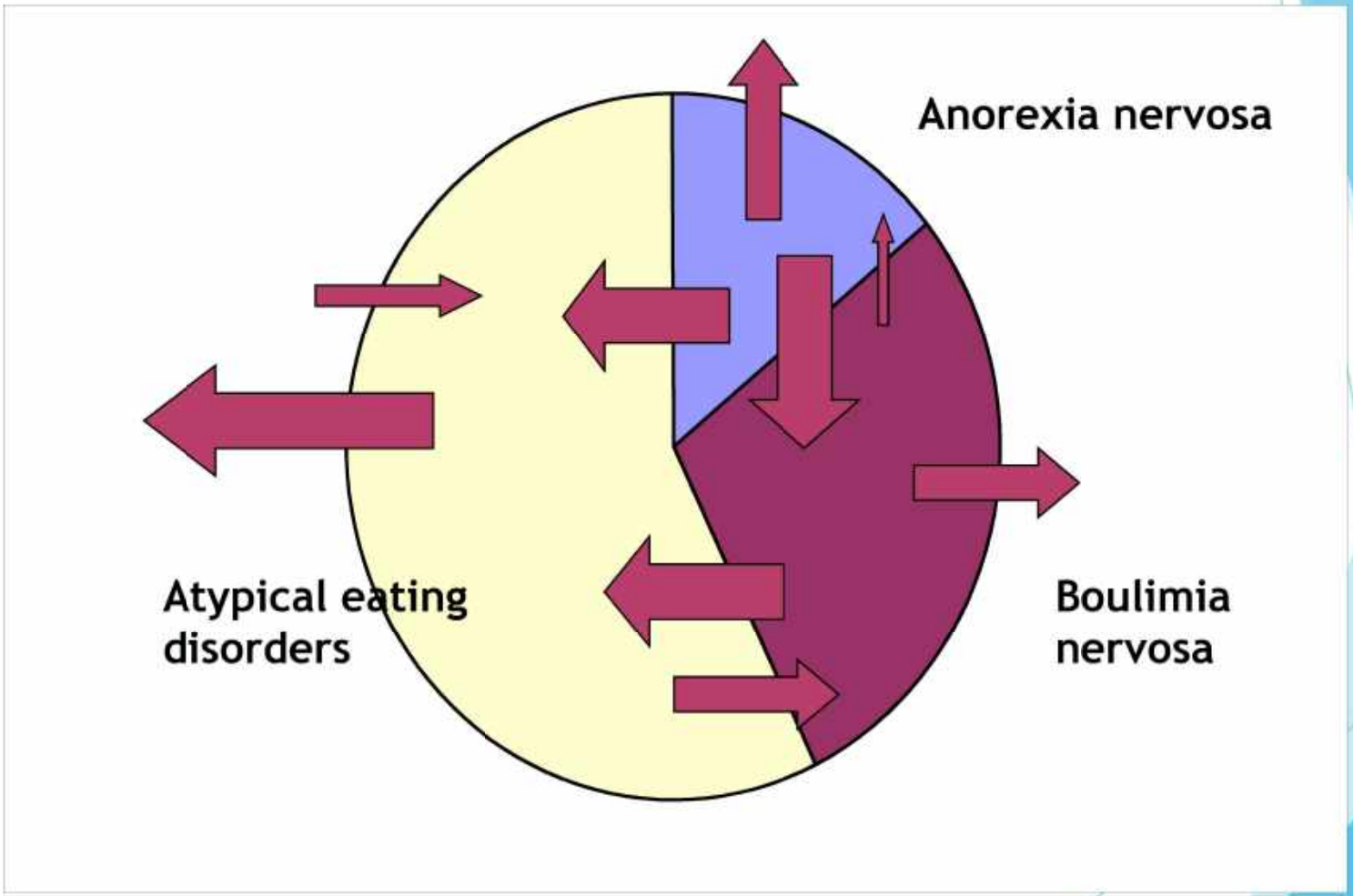


Not a « case »

Eating disorders « case »

Not a « case »

PASSAGES ENTRE DIFFERENTES FORMES DE TCA UN CONTINUUM ?



Fairburn & Harrison Lancet 2003

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'AM (DSM V mai 2013)

3.2 ANOREXIE MENTALE (AN)

- CRITÈRES DSM-5
- SIGNES PHYSIQUES
- SIGNES COMPORTEMENTAUX
- SIGNES COGNITIFS
- ANOREXIE MENTALE MASCULINE
- ANOREXIE PRÉPUBÈRE
- ANOREXIE À DÉBUT TARDIF
- ANOREXIE TRANSCULTURELLE

FFAB

3.2.1 CRITÈRES DSM-5

A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins aboutissant à un poids significativement trop faible compte tenu de l'âge, du sexe et du stade de développement

B. Peur intense de prendre du poids ou devenir gros alors que le poids est inférieur à la normale, ou persistance de comportements venant interférer avec la prise de poids, même en présence d'un poids bas

C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle

Type restrictif : la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique

Type boulimique/purgatif : avec crises de boulimie et/ou conduites de purge de façon régulière au cours des 3 derniers mois

▶ *À noter la suppression du critère « aménorrhée » qui figurait dans le DSM-IV-R*

APA, 2015

FFAB

3.2.2 SIGNES PHYSIQUES

- Dénutrition et fonte du panicule adipeux
- Lanugo, peau et cheveux secs
- Hypotension, bradycardie, hypothermie, acrosyndrome
- Constipation
- Asthénie
- Hypotonie axiale
- Troubles du sommeil
- Frilosité
- Hypertrophie parotidienne en cas de vomissements répétés

HAS, 2010

FFAB

3.2.3 SIGNES COMPORTEMENTAUX - 1/2

- Restriction et sélectivité alimentaire, pouvant aller jusqu'à l'aphagie
  - éviction progressive des aliments « caloriques », pesée des aliments, contrôle de la préparation des repas, refus des repas en groupe
  - sélectivité parfois rationalisée sous forme de choix orthorexiques, végétariens/végétaliens/vegan, régimes « sans »
- Ritualisation des prises alimentaires (aliments découpés en très petits morceaux, petites bouchées, rythme et horaires des prises alimentaires inflexibles...)
- Dans certaines formes, conduites de purge (vomissements, usage de laxatifs...)
- Fréquence excessive des pesées ou, à l'inverse, évitement de la pesée

HAS, 2010

FFAB

3.2.3 SIGNES COMPORTEMENTAUX - 2/2

- Vérifications de la corpulence par miroir ou autopalpation
- Hyperactivité motrice et intellectuelle
- Retrait social fréquent
- Parfois, potomanie
- Parfois, exposition délibérée au froid

HAS, 2010

FFAB

3.2.4 SIGNES COGNITIFS

- Envahissement quasi-permanent par des pensées sur l'alimentation (jour et nuit)
- Idées obsédantes sur le poids et le corps, pouvant prendre la forme de pseudo-hallucinations intrapsychiques, à ne pas confondre avec des symptômes psychotiques
- Calcul des calories (utilisation d'applications et des réseaux sociaux), lecture compulsive des compositions nutritionnelles des aliments
- Insatisfaction corporelle et dysmorphophobie
- Recherche de contrôle (de soi et de l'entourage)
- Déni de la maladie, refus de soins et refus de maintenir un poids corporel minimal
- Rigidité mentale
- Troubles de la concentration et de l'attention

HAS, 2010

FFAB

3.2.5 ANOREXIE MENTALE MASCULINE

- 10 à 20% des cas d'AN
- Fréquence de surpoids ou obésité précédant l'anorexie (50%)
- Parfois, antécédent de trouble d'évitement alimentaire (ARFID) dans l'enfance
- Motivation initiale : recherche d'un corps musclé et « sec »
- Davantage d'activité physique que de restriction alimentaire
- Perte de poids initiale souvent rapide et massive
- Retard diagnostique fréquent, faible compliance aux soins

Carlat D et al, 1997 ; Chambry J, Agman G, 2006

FFAB

3.2.6 ANOREXIE PRÉPUBÈRE

- Les cognitions anorexiques peuvent être partielles ou absentes et remplacées par des plaintes somatiques fonctionnelles
- Retard staturo-pubertaire, déminéralisation osseuse
- Restriction hydrique fréquente
- Dimension oppositionnelle
- Eléments phobiques et anxieux : émétophobie, anginophobie...
- Risque évolutif vers l'anorexie de l'adolescence
- Pronostic souvent plus défavorable que celui de l'anorexie débutant à l'adolescence

Doyen C, Cook-Darzens S, 2010 ; Herpertz-Dahlmann B et al, 2018 ; Nicholls D et al, 2000

FFAB

3.2.7 ANOREXIE À DÉBUT TARDIF

- Début après 40 ans
- Souvent en réaction à un évènement familial (deuil, mariage, grossesse, naissance d'un enfant)
- Antécédent fréquent d'épisode anorexique ou de TCA subsyndromique plus tôt dans la vie
- Symptomatologie identique à celle du sujet jeune
- Complications médicales, notamment ostéoporose
- Comorbidité psychiatrique : troubles dépressifs fréquents
- Le pronostic est fonction de la gravité du tableau clinique, du retentissement et de la motivation à entrer dans un cadre thérapeutique

Perroud A, 2009

FFAB

3.2.8 ANOREXIE TRANSCULTURELLE

- Elle serait favorisée par les changements, voire ruptures brutales, avec la culture antérieure à l'échelle individuelle ou sociétale
  - *Culture Change Syndrome* ou *Culture Reactive Syndrome* : prévalence croissante dans les pays non occidentaux et les populations migrantes
  - *Culture Clash Syndrome* : stress acculturatif chez les enfants de migrants, difficulté de construction identitaire
- Les particularités d'expression symptomatique liées à la culture portent sur
  - l'obsession de minceur (peur du surpoids), plus fréquente dans la culture occidentale
  - l'excès d'autocontrôle, plus marqué dans les groupes/sociétés valorisant le contrôle de soi (valorisation du locus de contrôle interne)
  - la composition corporelle (variabilité géographique des normes de corpulence en population générale)
- En revanche, la BN est largement considérée comme liée à la culture occidentale et de symptomatologie plus homogène

Vu-Augier de Montgrémier M et al, 2016

FFAB

3.3 BOULIMIE (BN)

- CRITÈRES DSM-5
- SIGNES PHYSIQUES
- SIGNES COMPORTEMENTAUX ET COGNITIFS

FFAB

3.3.1 CRITÈRES DSM-5 - 1/2

A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques

- absorption en un temps limité d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberait en un temps similaire dans les mêmes circonstances
- sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (peur de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou contrôler ce que l'on mange)

B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments, jeûne, exercice physique excessif

APA, 2015

FFAB

3.3.1 CRITÈRES DSM-5 - 2/2

C. Les accès hyperphagiques et les comportements compensatoires inappropriés surviennent, en moyenne, au moins 1 fois par semaine pendant 3 mois

D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle

E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'AN

La sévérité du trouble est basée sur la fréquence des épisodes

APA, 2015

FFAB

3.3.2 SIGNES PHYSIQUES

- Poids le plus souvent normal ou subnormal
- Signes cliniques d'hypokaliémie : crampes, palpitations
- Parotidomégalie
- Signe de Russell (callosités sur le 2e métacarpien)
- Lésions gingivales et dentaires
- Signes possibles de malnutrition chronique
- Signes fréquents d'automutilation
- Un état de mal boulimique peut subvenir avec crises subintrantes pouvant menacer le pronostic vital

Russell G, 1979 ; Westmoreland P et al, 2016

FFAB

3.3.3 SIGNES COMPORTEMENTAUX ET COGNITIFS

- Crises hyperphagique solitaires avec stratégies de dissimulation
- Conduites à risque ou délictueuses pour se procurer de la nourriture
- Des comportements compensatoires multiples peuvent coexister ou se succéder
- État de conscience modifié pendant la crise
- Culpabilité postcritique
- Faible estime de soi, auto-dévalorisation, sentiment de honte
- Dimension addictive : *craving** alimentaire et autres conduites addictives fréquentes (alcool, tabac, toxicomanies médicamenteuses ou non, jeu, sexe...)
- Risque de passage à l'acte impulsif

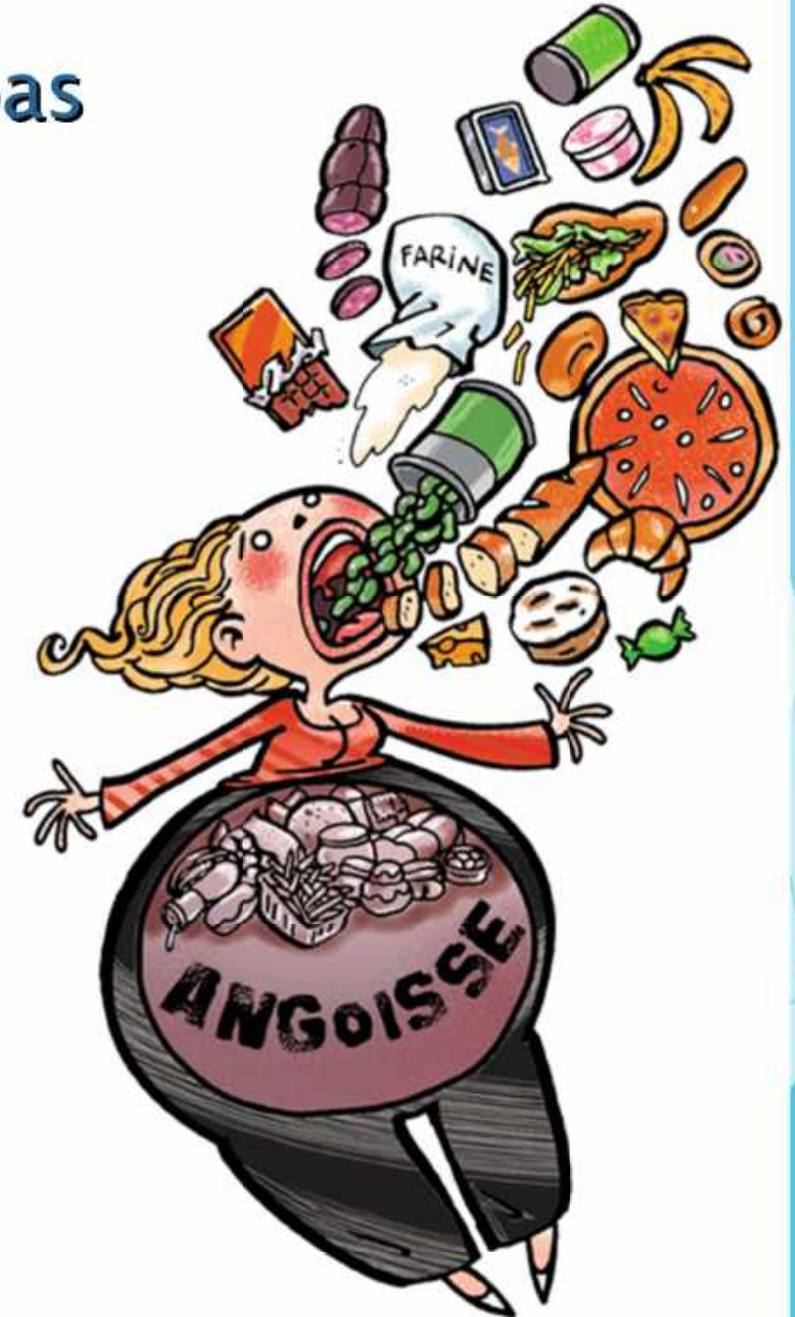
** envie irrépressible de consommer une substance ou d'exécuter un comportement*

Russell G, 1979 ; Westmoreland P et al, 2016

FFAB

La boulimie n'est pas

- Fringales
- Grignotage
- Hyperphagie



3.4 HYPERPHAGIE BOULIMIQUE (HB)

- CRITÈRES DSM-5
- SIGNES PHYSIQUES ET COMPORTEMENTAUX
- SIGNES COGNITIFS

FFAB

3.4.1 CRITÈRES DSM-5

A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques

B. Au moins 3 des caractéristiques suivantes

- manger beaucoup plus rapidement que la normale
- manger jusqu'à une sensation pénible de distension abdominale
- manger en l'absence d'une sensation physique de faim
- manger seul parce que l'on est gêné par les quantités ingérées
- dégoût de soi, dépression ou culpabilité après avoir mangé

C. Les accès hyperphagiques sont source d'une souffrance marquée

D. Les accès hyperphagiques surviennent, en moyenne, au moins 1 fois par semaine pendant 3 mois

E. Absence de comportements visant à compenser les prises excessives de nourriture

La sévérité du trouble est basée sur la fréquence des épisodes

APA, 2015

FFAB

3.4.2 SIGNES PHYSIQUES ET COMPORTEMENTAUX

- Personne le plus souvent en surpoids ou obèse, après une période de poids normal ou subnormal
- Troubles digestifs divers (halitose, reflux gastro-œsophagien)
- Signes des complications de l'obésité ou, selon les cas, signes de malnutrition, voire de dénutrition
- Confusion entre les signaux émotionnels d'anxiété et de faim
- Phénomène de craving*
- Alternance de comportements d'hyper-contrôle et de compulsions alimentaires
- Crises dissimulées, vécu de honte, difficulté à consulter

** envie irrépressible de consommer une substance ou d'exécuter un comportement*

Attia E et al, 2013 ; De Tournemire R, 2013 ; Treasure J et al, 2010

FFAB

3.4.3 SIGNES COGNITIFS

- Alimentation émotionelle
- Phases de compulsions alimentaires sur fond de restrictions cognitives
- Abstraction sélective
- Raisonnement dichotomique
- Dramatisation, pensées magiques, surgénéralisation
- Diminution des capacités interoceptives
- Culpabilité et faible estime de soi
- Impulsivité et difficultés de régulation des émotions

Attia E et al, 2013 ; De Tournemire R, 2013 ; Treasure J et al, 2010

FFAB

3.5 AUTRES TCA

- TROUBLES DE L'ALIMENTATION OU DE L'INGESTION D'ALIMENTS
- AUTRES TROUBLES DE L'ALIMENTATION OU DE L'INGESTION D'ALIMENTS, SPÉCIFIÉS (*OTHER SPECIFIED FEEDING OR EATING DISORDERS* - OSFED)

FFAB

3.5.1 TROUBLES DE L'ALIMENTATION OU DE L'INGESTION D'ALIMENTS - 1/2

- Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments (*Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* - ARFID)
  - incapacité persistante à atteindre les besoins nutritionnels
  - perte de poids ou fléchissement de la courbe de croissance avec carence nutritionnelle
  - sans préoccupation particulière quant au poids ou à l'image corporelle
- Pica
  - ingestion répétée de substances non comestibles
  - pendant une période d'au moins 1 mois

APA, 2015 ; Nakai Y et al, 2016

FFAB

3.5.1 TROUBLES DE L'ALIMENTATION OU DE L'INGESTION D'ALIMENTS - 2/2

- Mérycisme (*Rumination Disorder*)
  - régurgitation répétée de nourriture, involontaire et sans effort
  - survenant entre 30 secondes et 1 heure après la fin du repas
  - suivie ou non de ré-ingestion ou de crachat
  - pas de nausée, pas de douleur abdominale
  - quotidien, concerne tous les repas
  - le trouble dure au moins 1 mois

APA, 2015 ; Nakai Y et al, 2016

FFAB

3.5.2 AUTRES TROUBLES DE L'ALIMENTATION OU DE L'INGESTION D'ALIMENTS, SPÉCIFIÉS - 1/2

- Anorexie mentale atypique
  - perte de poids significative
  - sans que le poids ne soit inférieur à la normale
- Boulimie de faible fréquence et/ou de durée limitée
- Hyperphagie boulimique de faible fréquence et/ou de durée limitée
- Trouble purgatif (*Purging Disorder*)
  - conduites purgatives répétées visant le contrôle du poids : vomissements provoqués, mésusage de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments
  - sans accès hyperphagiques associés

APA, 2015

FFAB

3.5.2 AUTRES TROUBLES DE L'ALIMENTATION OU DE L'INGESTION D'ALIMENTS, SPÉCIFIÉS - 2/2

- Syndrome d'alimentation nocturne (*Night Eating Syndrome*)
  - épisodes récurrents de prise alimentaire au cours de réveils nocturnes ou après le repas du soir
  - le trouble n'est pas expliqué par des facteurs environnementaux comme des changements du rythme veille-sommeil
  - l'alimentation nocturne entraîne une détresse significative et/ou un retentissement fonctionnel

APA, 2015

FFAB

Qu'est-ce que représente cette maladie ?
Que représenterait sa guérison ?

- Si on considère la maladie psychiatrique
comme une privation de liberté,
comme une contrainte à répéter,
un enfermement dans un comportement
qui appauvrit le sujet...
- Alors, on pourrait penser qu'en étant moins enfermé,
en retrouvant plus de liberté, de plaisir, d'épanouissement,
si la qualité de vie s'améliore, on est guérit ?
- Question que pose Philippe Jeammet :
« la créativité va-t-elle prendre le pas sur la destructivité ? »
- Sortir de l'obsession de cet appauvrissement
- Prendre en compte les comorbidités psychiatriques

Un continuum entre normal et pathologique

- Normal → Pathogène → Pathologique
- La différence entre mal-être, difficultés à vivre, qui sont inhérents à la vie et troubles psychiatriques, signes d'un débordement.
  - Avoir des TOC ou des petites ruminations ou culpabilités, ce n'est pas la même chose !
  - Avoir une phobie et avoir des craintes et anxiétés qui nous font éviter les sources de cette anxiété, ce n'est pas non plus la même chose !
- On passe du pathogène au pathologique quand on s'enferme dans des comportements qu'on n'a pas choisi, qui s'imposent à nous, qui nous appauvrissent et nous privent de notre liberté.
- Curseur entre normal et pathologique : Continuité : qu'on retrouve bien-sûr au moment du diagnostic, mais aussi au moment de la fin des soins

Un continuum entre normal et pathologique

- Le trouble vient en réponse « automatique » au débordement émotionnel...
- Ce n'est pas un choix
- En fonction d'un nombre de facteurs qui vont expliquer que ce soit telle forme de trouble ou de symptôme qui apparaisse (la génétique, le culturel, les traumas infantiles qui vont jouer une part plus ou moins importantes dans ce «choix » du symptôme)
- Ce qui complexifie cette notion de limite entre normal, pathogène et pathologique...
- Oui, on guérit des TCA, mais ça ne veut pas dire qu'on ne garde pas une certaine vulnérabilité.
- Parfois on peut dépasser, surmonter ces vulnérabilités et en faire une richesse

POURQUOI PENSER LES TCA EN ADDICTOLOGIE ?

- Les processus psychiques qui sous-tendent les addictions
- L'anorexie mentale comme addiction
- La boulimie comme addiction

L'addiction ?

Étymologie : *ad dicere* : « dire à », au sens d'attribuer quelqu'un à une autre personne ; notion d'esclavage

Dans le droit romain ancien, et au Moyen Age, ce terme désignait un arrêt du juge décidant d' « une contrainte par corps » : si quelqu'un ne pouvait plus payer, il était mis à la disposition du prêteur.

Aujourd'hui, la définition la plus communément admise est celle de Goodman : « Addiction employée de manière descriptive, désigne la répétition d'actes susceptibles de provoquer du plaisir mais marqués par la dépendance à un objet matériel ou à une situation recherchés et consommés avec avidité »
(Pédinielli, Rouan & Bertagne 1997, p.8)
Définition qui inclut les notions de **dépendance, plaisir et répétition**

Pourquoi parler des TCA en addictologie ?

1945 (Fenichel, *Théorie psychanalytique des névroses*):

« Les mécanismes et les symptômes des toxicomanies peuvent se présenter également en dehors de l'emploi de toute drogue, les complications toxiques entraînées par l'usage de ces drogues étant évidemment absentes. Une forme particulière de ces « toxicomanies sans drogues » est la boulimie »

NB : Ouvrage sous la direction d'Isabelle Varescon, *Les addictions comportementales, aspects cliniques et psychopathologiques*

Pourquoi parler des TCA en addictologie ?

En 1975, dans Love and Addiction, Stanton Peele essaye de montrer que l'addiction n'est pas forcément une dépdce à une substance extérieure mais parfois une dépendance à une construction des objets : les partenaires affectifs peuvent tout à fait jouer le même rôle que les drogues.

(exp : jeunes américains, révoltés contre la famille, qui se marient à 18 ans pour quitter « papa maman », et dont il démontre très bien qu'en fait, ils ont tellement peur de l'inconnu, de se lancer dans la vie, qu'ils reproduisent tout de suite le même schéma de type « papa maman » en se rendant tout de suite dépendant d'un conjoint).

Il voit l'addiction comme un processus de rassurement chez des gens qui ont peur de l'incertitude de l'existence. On va délibérément choisir un objet qui va permettre de vivre des expériences répétables, contrôlables, prévisibles, parce que la chose plus complexe, le désir, le désir de l'autre, le désir du désir de l'autre, toutes ces choses pleines d'incertitude font trop peur.

On voit comment dans l'AM, S. Peele a raison puisqu'il s'agit de rendre les choses maîtrisables, contrôlables.

- *L 'addiction se réfère à un état d 'esclavage*
- *L 'objet d 'addiction est investi de qualités bénéfiques*
- *Les objets d 'addictions sont transitoires, toujours à recréer car toujours dehors*
- *L 'acte symptôme prend la place d 'une élaboration mentale*

LE FONCTIONNEMENT ADDICTIF DANS L'ECONOMIE PSYCHIQUE

- *Agirs incorporatifs répétitifs s 'organisant à l 'adolescence*
- *Actes court circuitant la mentalisation avec une fonction défensive*
- *Fragilité narcissique qui se révèle à l 'occasion des exigences de séparation-individualisation de cette période*

ASSOCIATION A D'AUTRES CONDUITES ADDICTIVES

- *20% de patients toxicomanes ou alcooliques présenteraient aussi un TCA*
- *1/3 des boulimiques ont une histoire de dépendance à l 'alcool ou à d 'autres drogues*
- *70% des boulimiques consomment régulièrement des psychotropes*
- *Associations très fréquentes avec d 'autres addictions, jeux et achats pathologiques, TS à répétition (formes multi-impulsives)*

Pourquoi parler des TCA en addictologie ?

Socle commun de toutes les conduites addictives :

- Dépendance au comportement
- Effets recherchés
- Répétition de l'action
- Impossibilité de résister aux impulsions
- Tentatives infructueuses d'arrêter

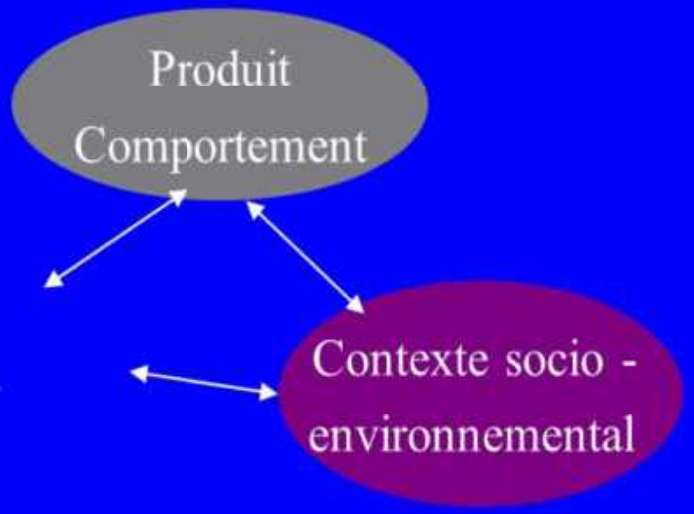
Pourquoi parler des TCA en addictologie ?

Des différences :

- Variété des modalités d'expressions des addictions
- Manifestations +/- bruyantes
- Conséquences physiques, psychologiques et sociales
- différentes
- Hypothèses étiologiques sur lesquelles elles reposent
- Diversité des traitements

Le triangle d'Olievenstein

Addiction = INTERACTION



Processus psychiques communs

Envahissement du champ psychique du sujet par le symptôme

Nous pouvons envisager la solution addictive comme une tentative d'autoguérison face aux menaces de stress psychiques, prenant des formes variées. Ainsi, elle est voisine dans les addictions avec et sans drogues.

Une nuance à faire en ce qui concerne les cas d'anorexie grave, dont le tableau clinique peut être différent et nécessiter une plus vaste réflexion.

Angoisse, faible estime de soi, malaise interne, tension soulagée par le comportement…

Difficulté du repérage du TCA, souvent caché sinon mêlé à une autre addiction. Considérer le sujet dans son environnement familial, dans son contexte de vie est un préalable au questionnement du symptôme si nous voulons en saisir tout le sens, dans ce qu'il vient remanier, re-questionner quelque chose de l'organisation, de l'homéostasie familiale.

Similitude des comorbidités et des types de PEC médicamenteuses et psychothérapiques. (pas assez de prise en compte du corps en addicto à mon avis…)

Processus psychiques communs

Cliniquement, les TCA présentent des caractéristiques de conduites addictives :

•réponse à une situation de malaise interne (stress, détresse, anxiété)

•recherche de plaisir par un comportement ayant au moins temporairement un effet bénéfique ; impossibilité à contrôler ce comportement et poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

•De plus, les TCA, comme les autres addictions sont associées à la survenue plus fréquente de dépression ou d'anxiété

L'anorexie comme addiction

« Addiction à la faim », « addiction au jeûne »

Point de ressemblance = effort pour atteindre une sensation de plaisir

« Ivresse » du jeûne

Compulsion : « hyperactivité physique compulsive »Au début, le sport est pratiqué pour perdre ou stabiliser son poids selon l'allégation « manger, bouger » . Peu à peu une véritable addiction au sport peut s'installer. L'hyperactivité devient alors compulsive. Chez la patiente anorexique par exemple, plusieurs stratégies sont envisagées, comme lire debout ou en marchant, implication dans de nombreuses activités, intellectuelles souvent, mouvements incessants des membres, station debout prolongée….

Accoutumance, dépendance et addiction proprement dite

Accoutumance : La sensation de faim disparaît au cours d'un jeûne de longue durée

Dépendance :

Physique : pas de réelle dépendance (syndrome de sevrage), augmentation de la « dose » de jeûne (engrenage) en rapport avec une tolérance?

Psychique : le bien être de l'AM dépend de son jeûne et de sa maigreur

Addiction:

Pas de compromis possible, tendance à la rechute, difficulté à mener à terme un ttt efficace

TS++, automutilations (réassurance / conduites ordaliques)

La boulimie comme addiction

Accoutumance, dépendance et addiction proprement dite

Accoutumance :

Vomissements = habitude difficile à faire cesser (contrôle du poids)

Dépendance :

Physique : pas de réelle dépendance (syndrome de sevrage), mais mal être++ si est empêché de faire une crise

Psychique : sentiment de vide, de dégoût qui réapparaît si pas de crise, « amorçage » lors du début de la crise (idem alcool) → réaction en chaîne, impossibilité de s'arrêter, idée envahissante qui réduit le champs de conscience

Addiction :

Pas de compromis possible, tendance à la rechute, difficulté à mener à terme un ttt efficace

Pulsion de faim

La boulimie comme addiction (2)

Parallèle encore plus évident que dans l'AM

« Obsédant désir de nourriture », « habitudes incontrôlées de se gaver de nourriture et de se faire vomir »

1945 (Fenichel, Théorie psychanalytique des névroses) :

« Les mécanismes et les symptômes des toxicomanies peuvent se présenter également en dehors de l'emploi de toute drogue, les complications toxiques entraînées par l'usage de ces drogues étant évidemment absentes. Une forme particulière de ces « toxicomanies sans drogues » est la boulimie »

Dépendance associée à l'alcool et aux drogues (30 à 37% d'abus de substances psychoactives)

Raptus alimentaire = pulsion, → conduite impulsive

Tentative de maîtriser culpabilité, dépression ou angoisse

Vol de nourriture ou d'argent

L'hyperphagie boulimique (BED) comme addiction

Parallèle encore plus évident que dans l'AM

Chez les sujets souffrant de BED, lors des crises d'hyperphagie, le déficit dopaminergique renforce une prise alimentaire compulsive répétée et en grande quantité d'aliments gras et sucrés.

Peut-on parler d'addiction au sucre ?

« On peut être dépendant et accepter de l'être. À ce moment-là, il n'y a aucune raison d'en faire une maladie. Je crois que la seule définition de l'addiction au sens clinique du terme, c'est le fait que les personnes concernées elles-mêmes veulent réduire ou arrêter une conduite et n'y arrivent pas. Si la personne ne veut pas réduire ou arrêter, on ne voit pas quelle légitimité permet de définir les gens comme malades. Cela pose d'emblée la question de la médicalisation de l'addiction elle-même. L'addiction, comme la toxicomanie, se définit d'abord de manière subjective.

C'est parce que quelqu'un se sent lui-même aliéné du fait de son rapport à une substance, de la répétition d'une conduite, que ça fait une « maladie ». Marc Valleur

Peut-on parler d'addiction au sucre ?

Platon l'avait déjà souligné dans Phèdre : Thot a inventé des pharmaka à l'usage des humains : l'arithmétique, l'écriture, le trictrac et les dés. Vous voyez que le jeu est sur le même plan que l'écriture, ou les mathématiques.

Dans 2 dernières publications en neurobiologie des addictions :

- Des Américains ont réussi à démontrer que le sucre pur était une drogue addictive, qu'on peut accrocher des rats au sucre
- L'équipe de Martine Cador à l'inserm cnrs de Bordeaux a réussi à démontrer qu'on pouvait « réverser » la dépendance à la cocaïne chez des rats grâce au sucre (des rats dépendants de la cocaïne abandonnent la drogue pour s'accrocher au sucre).

C'est-à-dire que premièrement, le sucre peut être considéré comme une drogue, et que deuxièmement, il est une drogue plus forte que la cocaïne, si on transpose directement du rat à l'homme, comme on le fait si souvent…

Peut-on parler d'addiction au sucre ?

Pourquoi les Américains se sont-ils mis à faire des recherches sur le sucre ?

Parce qu'il y a une vague d'obésité sans précédent en Amérique du Nord et qu'elle est en passe de devenir le problème de santé publique majeur, avant la drogue…

Il faut donc trouver un responsable, et le sucre est un bon responsable, on s'aperçoit que le sucre est une drogue dure.

Or c'est intéressant parce que dans les années 1930, Edward Glover, le psychanalyste, l'avait déjà dit, à propos d'un patient qui avait arrêté la drogue et qui l'avait remplacée par du sucre. Quand on lit Glover, on se dit : « C'est parce qu'il est psychanalyste, il est antibiologiste et donc il donne un exemple pour montrer que la biologie, c'est moins important que ce qu'on croit. » On n'a pas vu cela comme une véritable histoire clinique qui méritait une attention sérieuse. Cependant, de telles histoires vont peut-être se multiplier parce que notre regard aura changé.

Peut-on parler d'addiction au sucre ?

Et donc on va découvrir que le sucre est un pharmakon, que c'est un produit qui ne se trouve pas sous cette forme là dans la nature (c'est du saccharose, du fructose, des sucres très actifs au niveau du goût, de leur effet, de la cinétique, et comme ce n'est pas naturel, comme c'est une fabrication, c'est une drogue).

Et c'est là que la construction de l'addiction comme maladie est quelque chose de très intéressant, qui permet d'éclairer des champs très différents, de la nourriture au sexe et aux drogues, mais il s'agit quand même de tous les champs liés de tout temps à la morale, par exemple à celle d'Aristote, ou à celle d'Épicure, et on peut considérer toute cette morale des Anciens comme un gigantesque plan de prévention des addictions.

C'est dit de cette façon dans Platon, comme le souligne Giulia Sissa, il faut faire attention aux plaisirs, il faut savoir les doser, les utiliser parce que cela peut devenir un désir engloutissant, une jarre percée sans fond qu'on va avoir besoin de remplir, comme chez les pluviers, ces oiseaux qui se remplissent par le bec et qui se vident par l'anus : c'est une description de l'addiction par les Anciens, et leur réponse est morale.

Peut-on parler d'addiction au sucre ?

Or on dit de nos jours qu'il ne faut pas faire de morale, il faut faire de la technique et c'est là qu'on s'aperçoit que les discours sur l'alcoolisme, la toxicomanie comme « maladies du cerveau » sont à visée politique et humaniste, tendant à cesser de stigmatiser les intempérants, pour les soustraire au regard moral religieux. Mais ces discours objectifs et scientifiques n'englobent pas la question dans sa totalité : la science a son mot à dire mais dans un champ qui la dépasse de toutes parts.

Michel Reynaud transpose le discours addictif sur la chimie amoureuse, les hormones qui se libèrent pendant l'acte sexuel, on n'est que chimie évidemment, tout ce qu'on vit a une traduction chimique. Mais le fait que l'homme fabrique de l'héroïne, ce n'est pas naturel ; qu'il fabrique du sucre non plus

On va au plus près de ce qui nous intéresse, on le fabrique puis on le fait entrer dans notre univers pharmacologique général, et après on va l'utiliser de manière plus ou moins socialisée, plus ou moins dangereuse, on va en faire des « Frères Karamazov » ou un bouquin Harlequin. Il y a pour une catégorie de produits toute la gamme entre le plus addictif et le moins addictif.

PICASSO - **Femme nue** couchée ou la dormeuse 13 mars 1932

IMAGES DU CORPS …

« A 15 ans, pour 1m70, je pesais 32 kilos. Mes cheveux tombaient par poignées. Je m'enfermais dans la salle de bains pour regarder ma nudité : j'étais un cadavre, cela me fascinait… Manger était le diable qui séparait mon corps de ma tête. »

« La faim fut lente à mourir au creux de mon ventre. Son agonie dura deux mois qui me parurent un long supplice. La mémoire fut autrement facile à mettre au pas. Après 2 mois de douleur, le miraculeux, la faim disparut, laissant place à une joie torrencielle. J'avais tué mon corps, je le vécus comme une victoire époustouflante. »

Amélie NOTHOMB – "Biographie de la faim"

FFAB

www.ffab.fr

2 JUIN 2022

journée mondiale TCA.fr

Fédération Française Anorexie Boulimie

Rôle des professionnels de santé en consultation

Rôle des professionnels de santé en consultation

- Dépistage : repérer, diagnostiquer
- Examen clinique
- Informer, Orienter vers consultation spécialisée : centre référent

Stratégies de prise en charge globales
Grands principes

- Les recommandations sont issues de consensus d'experts (reco HAS)
- PEC multidisciplinaire
- Doit se faire en ambulatoire sauf cas particuliers
- Doit être gérée par un médecin coordinateur des soins
- Doit prendre en compte les proches du patient

Stratégies de prise en charge globales : repères // addictologie

- Approche pluridisciplinaire et PEC globale : réseau et filières
- Niveau sur un continuum de normal à pathologique
- Créer les conditions d'une alliance thérapeutique (comme pour toute pathologie chronique), climat de confiance essentiel
- Comorbidités psychiatriques
- Comorbidités somatiques
- Objectifs hiérarchisés et co-construits avec le PT : réduction des risques / amélioration qualité de vie du PT

Stratégies de prise en charge globales : repères

- Recherche et prise en charge des polyaddictions (plutôt chez pt adulte)
- Faire une priorité en fonction de la dangerosité du comportement
- Un « sevrage » brutal peut entraîner une augmentation d'un autre comportement problématique ou la reprise d'un comportement bien plus préjudiciable : switchs

Si comorbidités psychiatriques :

→ Prise en charge spécialisée préalable ou parallèle au « sevrage »

Dépistage

- Le dépistage est très difficile
- Déni
- Honte
- Culpabilité
- Confusion avec des symptômes autres

Signes, symptômes et facteurs de risques

- ANOREXIE : perfectionnisme, obsessions, anxiété
- BOULIMIE : impulsivité, sentiment de perte de contrôle
- Faible estime de soi
- Postures parfois effondrées, fuient le regard…Parfois proches du mutisme

Signes, symptômes et facteurs de risques

- Antécédents familiaux de TCA ou d'autres pathologies mentales (dépression, troubles anxieux...) (Senior & al, 2005)
- Traumas (Abus sexuels, séparations, deuils, déménagements, grossesse, etc.)
- Abus de substances…

Stratégies de prise en charge globales : Grands principes

QUESTIONS OUVERTES

- « Comment vous sentez-vous par rapport à votre poids ? »
- « Pouvez-vous me parler d'éventuelles règles que vous suivez pour votre alimentation en ce moment ? »
- « Pouvez-vous me décrire vos habitudes alimentaires? »
- Explorer : l'activité physique, prise de laxatifs, diurétiques, l'histoire pondérale : poids minimum et maximum (Mitchell & Bulik, 2006)
- Être attentif aux attitudes lors de la pesée, etc.
- Si grossesse il y a eu (pt adulte), explorer le vécu…

Bilan paraclinique de 1ère intention pour l'AM pour les somaticiens

- Ionogramme sanguin
- Calcémie, Phosphorémie, 25OH-D3
- Fonction rénale : urée, créatinine, clairance de la créatinine
- Fonction hépatique : ALAT, ASAT, PAL et TP
- Albumine, pré albumine
- TSH (si signe d'appel de dysthyroïdie)
- ECG
- Ostéodensitométrie osseuse (si aménorrhée>6 mois)

Des signes d'appel à repérer

Chez l'enfant : 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'IMC)
- Nausées ou douleurs abdominales répétées

Des signes d'appel à repérer

<u>Chez l'adolescent : (changement de couloir, vers le bas, lors du suivi de la courbe de corpulence)</u>

- Adolescent amené par ses parents pour un problème de poids,
- d'alimentation ou d'anorexie
- Retard pubertaire
- Aménorrhée primaire ou secondaire ou spanioménorrhée plus de 2 ans
- après les premières règles
- Hyperactivité physique
- Hyper-investissement intellectuel

Des signes d'appel à repérer

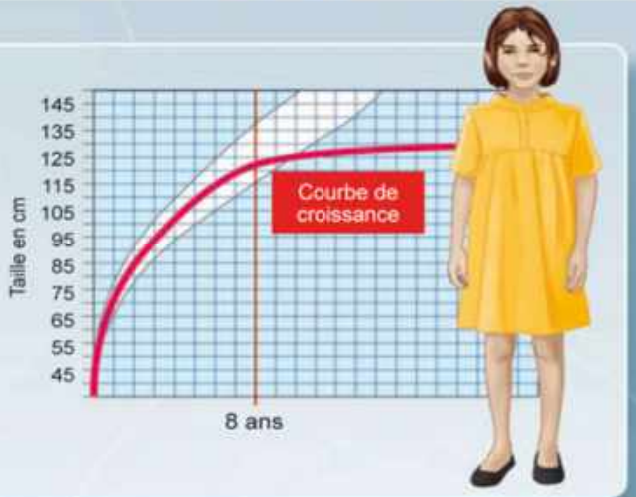
Chez l'adulte :

- Perte de poids >15%
- IMC< 18,5 kg/m²
- Refus de prendre du poids malgré un IMC faible
- Femme : aménorrhée secondaire
- Homme : baisse marquée de la libido et de l'érection
- Hyperactivité physique
- Hyper-investissement intellectuel
- Infertilité

Anorexie mentale : les signes évocateurs selon l'âge du patient

1 Chez l'enfant, dès l'âge de 8 ans, l'anorexie mentale se traduit par :

- un ralentissement de la croissance staturale
- un changement de couloir, vers le bas, lors du suivi de la courbe de corpulence (courbe de l'indice de masse corporelle)
- des nausées ou des douleurs abdominales répétées.



2 Chez l'adolescent, outre le changement de couloir sur la courbe de croissance staturale ou la courbe de corpulence, les signes d'anorexie mentale sont :

- un retard pubertaire chez l'adolescent
- une aménorrhée (primaire ou secondaire) ou des cycles irréguliers chez l'adolescente plus de deux ans après ses premières règles
- une hyperactivité physique
- un hyperinvestissement intellectuel.

3 Chez l'adulte, l'anorexie mentale se caractérise par :

- une perte de poids > 15 %
- un IMC < à 18,5 kg/m²
- un refus de prendre du poids malgré un IMC faible
- une aménorrhée secondaire chez la femme
- une baisse marquée de la libido et de l'érection chez l'homme
- des signes d'hyperactivité physique et/ou d'hyperinvestissement intellectuel
- une infertilité.

L'anorexie mentale masculine (10 % des cas traités) se caractérise par :

- des formes restrictives pures plus rares
- un IMC initial plus élevé
- une hyperactivité physique plus fréquente que l'hyperinvestissement intellectuel.

L'anorexie mentale à début tardif

Elle survient fréquemment en réaction à un événement familial (deuil, mariage, grossesse, ou naissance d'un enfant), avec souvent un épisode antérieur d'anorexie mentale subsyndromique. Les symptômes dépressifs peuvent être assez marqués.

Infographie : Pascal Marseaud

LOIRÉADD
ANNUAIRE ADDICTIONS

CHU Saint-Étienne

Prise en charge à Saint-Étienne

Centre Référent TCA – CHUSE Loire Drôme Ardèche

Améliorer l'accès aux soins

Guichet unique pour accueillir les patients et leurs familles

Relation avec médecine libérale et scolaire

Centre Référent TCA – CHUSE
Loire Drôme Ardèche

Diagnostic pluridisciplinaire

Orientation après discussion en équipe pluri : pédiatres, endocrinologues, psychiatres, psychologues, infirmiers, psychomotricien, diététiciens

Le contrat de soins joue un rôle de tiers

Centre Référent TCA – CHUSE
Loire Drôme Ardèche

La prise en charge des anorexiques « nécessite de définir un projet thérapeutique global, cas par cas, en hiérarchisant les buts et en les rendant compatibles dans une perspective a long terme »

Bernard BRUSSET

Présentation de l'unité TCA
CHU de Saint-Étienne

L'unité a été créée en 2003 ; le service d'hospitalisation complète existe de manière spécifique depuis décembre 2009. Il accueille jusqu'à 8 patients qui sont en grande majorité des adolescents et des jeunes adultes (de 13 à 25 ans en moyenne. Adultes plus âgées en ambulatoire.

Les nouveaux patients sont adressés par le Centre référent où ils sont reçus en primo consultations par un médecin somaticien (pédiatre ou endocrinologue en fonction de leur âge), un médecin psychiatre et un psychologue.

Le projet de soins est ensuite établi et réévalué en réunion interdisciplinaire, avec des indications de consultations spécialisées (psychothérapie individuelle , familiale, soins en psychomotricité, entretiens infirmiers, groupes, médiations, etc.)

La P.E.C. se fait en ambulatoire, en Hôpital de Jour ou en hospitalisation complète, selon l'état somatique et psychiatrique du patient et selon les ressources psychologiques de la famille.

L'ambulatoire est toujours privilégié sur l'hospitalisation complète qui est proposée lorsque la prise en charge ambulatoire est en échec.

Service au sein d'un CHU et donc en lien avec les services de pédiatrie, qui assure le suivi des patients plus jeunes, et d'endocrinologie, avec qui sont mis en place des bilans somatiques.

L'équipe soignante est composée de médecins psychiatres, d'un cadre de santé, d'infirmiers, de 4 psychologues, de 2 psychomotriciennes, d'une aide soignante (en hdj), d'agents de service hospitalier, d'une assistante sociale (0,20 ETP) et d'une diététicienne qui intervient ponctuellement (en hc).

PEC des TCA CHU St Étienne

Nutritionnelle et diététique

- Pour enrayer la dénutrition qui renforce le TCA
- Combler le déficit de poids
- Aider le patient à recouvrer une autonomie sur le plan alimentaire

PEC des TCA CHU St Étienne

Nutritionnelle et diététique

- Mise en place d'un contrat de poids (inclus dans le contrat de soins plus global) :
- Contrat individualisé, décidé avec le patient et les parents si mineur
- D'abord stabiliser la perte de poids, ensuite reprendre progressivement
- La reprise de poids doit être progressive: 1 à 2 kg par mois maximum
- Les pesées doivent être limitées: 2 par semaine

PEC des TCA au sein des Unités spécialisées CHU SE

Somatique

- Evaluer les complications médicales liées à la dénutrition et à la renutrition et celles liées aux stratégies compensatoires (hyperactivités, conduites de purges…)
- Surveiller le poids et le statut nutritionnel
- Prévenir et traiter les complications somatiques
- Prescrire les bilans biologiques

PEC des TCA au sein des Unités spécialisées CHU SE

Les complications somatiques

- Conséquences sur la croissance staturo-pondérale
- L'aménorrhée
- Les complications des vomissements:
- Caries dentaires, gingivites
- Œsophagites
- Hypokaliémie
- L'ostéoporose
- L'infertilité

PEC des TCA au sein des Unités spécialisées CHU SE

Psychologique

Évaluer systématiquement le risque suicidaire et prendre en charge la crise suicidaire au besoin.

Aider le patient à:

- comprendre et à coopérer à sa réhabilitation physique et nutritionnelle
- comprendre et à modifier les attitudes dysfonctionnelles liées au TCA
- améliorer ses relations sociales et interpersonnelles
- améliorer l'estime de soi

Traiter les éventuelles comorbidités psychiatriques

PEC des TCA au sein des Unités spécialisées CHU SE

Psychologique

- Favoriser l'adhésion aux soins et la motivation au changement
- Aider à comprendre la maladie et symptômes
- Prendre en compte contexte individuel et familial
- Accompagner le patient et sa famille dans l'élaboration des problématiques sous-jacentes à l'émergence du TCA
- Accompagner le PT et famille à retrouver leurs compétences/ leurs ressources

PEC des TCA au sein des Unités spécialisées CHU SE

Social et scolaire

- Fonction de l'âge et de la situation individuelle
- Arrêt ou aménagement du temps de travail/scolaire
- PAI

Prise En Soins

PEC des TCA au sein des Unités spécialisées

Les types de psychothérapies

- Les thérapies familiales sont recommandées pour les enfants et les adolescents
- Thérapie multifamiliale (TMF)

- Les formes de psychothérapies (individuelle, familiale ou de groupe) les plus usuelles sont :
  - les thérapies de soutien
  - les psychothérapies psychodynamiques
  - les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)
  - les thérapies systémiques
  - l'approche motivationnelle est intéressante en début de prise en charge

PEC des TCA au sein des unités spécialisées

Aspects pharmacologiques

A ce jour pas de médicaments significativement efficaces

Seuls intérêts:

- Traitement des comorbidités
- Traitement des complications

PEC des TCA au sein des unités spécialisées

Critères d'hospitalisation

- Discerner les hospitalisations en service de soins somatiques et psychiatriques
- A décider au cas par cas avec le patient et sa famille.
- Un critère ne suffit pas, il faut un ensemble de critères pour déterminer une hospitalisation
- Hospitalisation sous contrainte si risque vital engagé et soins non consentis (Rare)

PEC des TCA au sein des unités spécialisées

Critères d'hospitalisation

- Se référer aux recommandations de l'HAS (2010)
- Des critères somatiques : soient cliniques, soient biologiques
- Des critères psychiatriques : les urgences psychiatriques, les échecs du traitement ambulatoire principalement
- Des critères environnementaux : rupture avec le milieu de vie principalement

PEC des TCA au sein des unités spécialisées

Où hospitaliser ?

- Urgences somatiques:
  - Si urgence métabolique
  - Relais vers structures spécialisées ensuite
- Urgences psychiatriques:
  - Si urgence psychiatrique associée au TCA : orientation vers service de psy générale
  - Sinon, privilégier un service spécialisé
- Service de soins spécialisé:
  - Multidisciplinaire: médecin ou pédiatre, diététicien ou nutritionniste, psychiatre, psychologue, infirmier, autres professionnels de santé et assistant social
  - Le + proche du lieu de vie (continuité des soins)

PEC des TCA

La fin d'hospitalisation

- Le plus souvent, prévue dans le contrat de soins
- Doit se faire vers un relais en ambulatoire nécessaire
- Au niveau somatique, la fin du ttt des complications somatiques signent la sortie

PEC des TCA

L'hospitalisation sous contrainte

- Possible pour les majeurs dans un service de psychiatrie de secteur, qui peut en cas d'urgence somatique déléguer les soins à un service compétent.
- Pour les mineurs qui refusent l'hospitalisation, les parents, en tant que représentants légaux prennent la décision.
- En cas de refus des soins d'un ou des parents, le médecin sollicite auprès du procureur une ordonnance de placement provisoire (OPP).

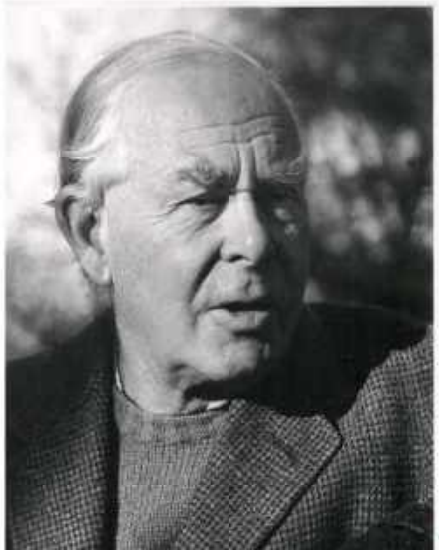
Objectifs de soins sous contrainte: débuter les soins puis travailler l'alliance thérapeutique

Intérêt des approches intégratives

Une position thérapeutique

« (Le thérapeute) fournit au patient une base sécure, à partir de laquelle il peut explorer les divers aspects malheureux et douloureux de sa vie, passée et présente, à propos desquels, pour la plupart, il semble difficile ou peut-être impossible de réfléchir, ou qu'il semble difficile ou impossible de reconsidérer sans un compagnon de confiance pour offrir du soutien, de l'encouragement, de la sympathie et, à l'occasion, des conseils ».

John Bowlby, 1988, p.138.



Intérêt des approches intégratives

IMPORTANT

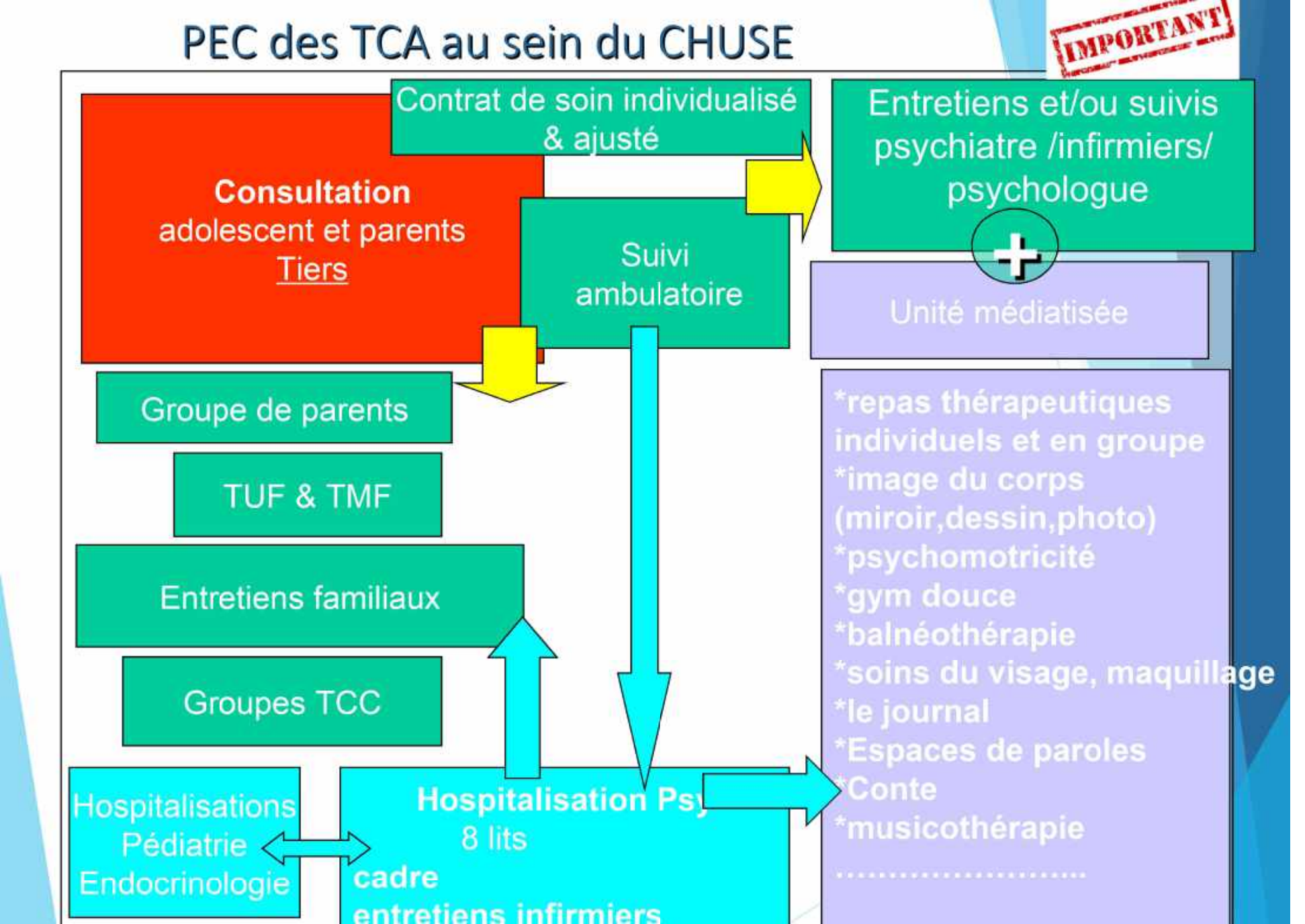
- Dispositifs pertinents en fonction de **là où en est le patient et sa famille**
- Richesse des **outils différents** : approches comportementales, systémiques, psycho dynamiques, psycho corporelles…

Intérêt des approches intégratives

- Richesse de la pluridisciplinarité des intervenants : **regards croisés**
- La place des **familles** comme **co-thérapeutes** plutôt que comme co-patients
- Les soignants sont des **facilitateurs**

- **Créativité illimitée !!!**

PEC des TCA au sein du CHUSE



Vignettes cliniques exemple de parcours de soins

L’anorexie mentale

Les premiers contacts…

Une mère amène sa fille de 16 ans en consultation.

Depuis 6 mois,1 an, à la suite d ’un banal régime, celle-ci a réduit de façon très importante son alimentation . Elle est aussi devenue plus active à la maison, et ses résultats scolaires sont excellents.

Sa mère la décrit triste, elle s ’isole, et n ’a plus le temps de voir ses copines.

Elle a perdu 15 Kgs et présente une aménorrhée depuis 1 an.

Elle affirme se sentir bien et ne pas avoir besoin d ’aide. »

Les premiers contacts…

Une mère amène sa fille de 16 ans en consultation.

Depuis [illegible] réduit de façon [illegible] devenue plus active à la maison, et ses résultats scolaires sont excellents.

Sa mère la [illegible] de voir ses copines.

Elle a perdu 15 kg et présente une aménorrhée depuis 1 an.

Elle affirme se sentir bien et ne pas avoir besoin d 'aide. »

POSER UN DIAGNOSTIC

FIXER LES GRANDS AXES DE LA PRISE EN CHARGE

Les premiers contacts…

Une mère amène sa fille de 16 ans en consultation.

Depu
de fa
plus

PLACE DES PARENTS DANS

LA PRISE EN CHARGE

Sa mère la décrit triste, elle s 'isole, et n 'a plus le temps de voir ses copines.

Elle a perd

Elle affirm

AMORCER ET FAÇONNER UNE RELATION THERAPEUTIQUE SOLIDE

- TIERS
- POSITION CLAIRE
- CONTRAT

Une mère amène sa fille de 16 ans en consultation.

Depuis 6 m LE TEMPS celle-ci a réduit de façon très importante son alimentation . Elle est aussi devenue plus active à la maison, et ses résultats scolaires sont excellents.

INTÉRÊT D 'UNE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE

Sa mère la décrit triste, elle s 'isole, et n 'a plus le temps de voir ses

NÉCESSITE D 'UNE PRISE EN CHARGE AU LONG COURS

Elle a perdu 15 Kg et présente une aménorrhée depuis 1 an.

Elle affirme se sentir bien et ne pas avoir besoin d 'aide. »

« Une mère amène sa fille de 16 ans en consultation.

Depuis 6 mois,1 an, à la suite d 'un banal régime, celle-ci a réduit de façon tr ussi devenue plus active ellents.

Sa mère la ps de voir ses copines.

Elle a perdu 15 k ée depuis 1 an

Elle affirme se sentir bien et ne pas avoir besoin d 'aide ». »

SIGNES PHYSIQUES
ET
SOUFFRANCE PSYCHIQUE

TRAITEMENT
INTÉGRÉ

Double regard sur le symptôme et sur la personnalité amène à proposer une double prise en charge :

Un thérapeute coordonne le traitement symptômes, relations avec les parents, hospitalisation, extérieur.

ET

Le psychothérapeute individuel

La psychothérapie, une place centrale

Vulnérabilité centrée autour de la notion de dépendance
L 'adolescence est un révélateur de cette problématique

- Difficultés à intégrer les transformations pubertaires
  - nouvelle image corporelle sexuée
  - acceptation de la sexualité
- Difficultés de séparation d 'avec les parents
- Difficultés d 'individualisation pour acquérir sa propre identité

La boulimie

La présentation de la patiente boulimique est très différente

- Souvent un peu plus âgée
- Les troubles sont anciens, cachés
- La souffrance et la dévalorisation très importantes
- Elle a souvent pris elle même son rendez-vous
- Elle cherche une solution

L 'avidité est énorme, le risque de « déception » et de rupture rapide proportionnel

« ma pauvre fille regarde toi, tu n'est qu'une répugnante obèse »

« j'en ai marre je supporte pas mon corps, je suis énorme j'ai envie de sortir de ce corps de merde »

Les premiers contacts ont une fonction d 'exploration

- Début des troubles
- Les événements familiaux
- La place de l 'adolescente
- Un éventuel événement déclenchant
- Mais aussi boulimie, potomanie…

Les premiers contacts ont aussi une fonction d 'information

Pour l 'adolescente, lui parler de sa maigreur du lanugo, de la peau sèche, des cheveux cassants, de la frilosité, de la constipation , mais aussi de son besoin de tout contrôler, de la sensation d'être envahie par la nourriture…peut lui faire prendre conscience de son état actuel

Informer sur les risques

Des outils cliniques essentiels

Les courbes du carnet de santé peuvent permettre à l ’adolescent(e) et à ses parents d ’avoir des repères

Elles donnent de bonnes indications sur le début des troubles

Hospitalisation lors du premier rendez-vous?

Exceptionnelle!

- Souffrance psychique, dépression, angoisses, risque de passage à l 'acte.
- Rapidité de la perte de poids, avec détérioration physique importante.
- Contexte familial très fragilisé.

- En médecine pour réalimentation.

Le suivi externe

D ’abord ébaucher le cadre

- Travail de réflexion sur la maladie
- Faire le point sur le comportement alimentaire et sur le poids
- Travail avec les parents sur leur rôle dans la prise en charge et sur leur capacité « à être en conflit » avec leur enfant

Le suivi en consultation externe s 'accompagne de quelques « recommandations »

Pour les parents :

- reprendre « le contrôle » de la cuisine
- ne pas transformer le repas en combat…

Pour le patient :

- ne plus intervenir dans la préparation du repas
- essayer de stopper la perte de poids
- ne pas se peser tous les jours

L ’intégration de différents types d ’approches, l ’intervention coordonnée de différents thérapeutes, apparaissent très utiles

Le travail avec les familles :

- Éviter le clivage parents thérapeutes
- l ’amélioration du patient peut perturber l’équilibre familial

Le patient :

- sait qu’il n ’y a pas que son poids,
- mais aussi sa vie interne, ses relations familiales, amicales, etc.

Le contrat et l 'accompagnement

Le contrat est indispensable et individualisé

- Préparé avec le patient et ses parents
- Entre l 'équipe soignante, les parents, et si possible le patient
- Prendre le temps de l 'expliquer et d 'obtenir l 'adhésion des parents
- Doit être signé et respecté

Les éléments pris en compte dans le contrat de soins

Le but poursuivi est d 'obtenir une alliance thérapeutique

- Poids: poids habituel, carnet de santé, BMI
- Comportement alimentaire
- Activité physique
- Relations familiales

L ’hospitalisation

C ’est un des moyens thérapeutiques

Exceptionnellement en urgence, elle devient nécessaire lorsque le contrat n ’est pas respecté

elle aura été préparée avec le patient et sa famille, les grandes lignes du cadre tracées

Le cadre

INDIVIDUALISE !

- Établissement d ’ un contrat d ’hospitalisation dans la semaine qui suit l ’entrée

- Contrat de poids sous forme d ’une courbe

- Toute une palette entre un temps de « pause » en chambre et l’« hôpital de nuit »

Le contrat d ’hospitalisation

- Notion de séparation d’avec le milieu de vie habituel
- Être confronté à soi
- Evolution progressive : la courbe et ses ouvertures
- Projets vers l ’extérieur, accompagnement

Pour les patient(e)s boulimiques

- Hospitalisation rare
- En accord avec le patient
- Souvent courte (contrat de 15 jours)
- Cadre fermé
- Lorsque le patient est débordé ou que l'entourage est fatigué

Et après…

- Nécessité d ’une prise en charge au long cours

Moyenne des soins en France : 4 ans

- Contrat de soin qui reste bien défini

- Continuité des soignants et des soins

Les facteurs de meilleur pronostic sont:

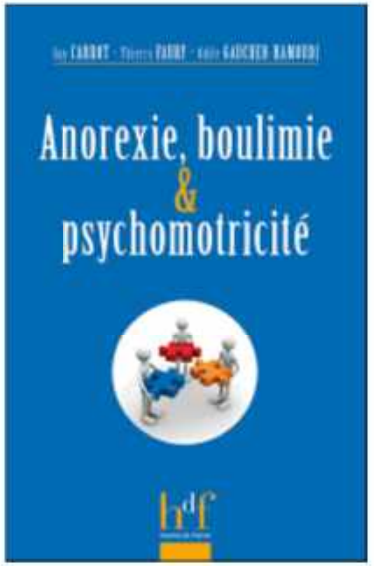
- une prise en charge précoce
- une relation thérapeutique solide et durable
  - équipe pluridisciplinaire
  - contrat de soin avec la famille
  - psychothérapie <u>et</u> contrat de poids
- une prise en charge au long cours

- Centre référent TCA
  CHU Saint-Étienne
  Site Hôpital Nord
  → 04 77 82 93 90
  CentreTCA@chu-st-etienne.fr

FFAB
www.ffab.fr

LOIRÉADD

Bibliographie non exhaustive…



Recommandations

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

- BADER M. et al., « composantes transgénérationnelles dans les toxicomanies et les troubles des conduites alimentaires à l'adolescence », La psychiatrie de l'enfant, 2004/2, Vol. 47, pp 393-441.
- BRUSSET B., « Dépendance addictive et dépendance affective », Revue française de psychanalyse, 2004/2, Vol. 68, pp.405-420.
- BRUSSET B., «La Boulimie », Revue française de psychanalyse, 1991.
- CARROT G., FAURY T., GAUCHER O., 2011, « Anorexie, boulimie et psychomotricité », Heures de France.
- CORCOS M., « L'anorexie mentale », Le Journal des psychologues, 2006/1, n°234, p.58-62.
- CORCOS M. (2005), Le corps absent, Dunod, Paris, 2010.
- CORCOS M. « Approche psychosomatiques des conduites alimentaires », Dialogue, n°169, pp. 97-109.
- CORCOS M.,CAYOL V., 1997, « L'aménorrhée dans les TCA : données actuelles. Médecine de la reproduction IIIème édition », in Méd. Science, Flammarion, p.285-287.
- CORCOS M., GIRARDON N., GRANET P., JEAMMET P., 1997, « TCA, grossesse et infertilité », Revue de la littérature et perspective, 155(7).
- DESCOMBEY J-P. (2002), «L'économie de l'affect dans les addictions. Hommage à Joyce Mac Dougall », Psychologie Clinique n°14, pp.117-138.
- DESCOMBEY J-P., « La répétition des contre-attitudes », in Psychotropes, 2004/2, Vol.10

- HUBIN GAYTE et al., « De l'intérêt d'une prévention des troubles des conduites alimentaaires chez les femmes enceintes », L'information psychiatrique, 2008/8 Volume 84, p.725-731
- JEAMMET P., 2005, « Anorexie Boulimie, les paradoxes de l'adolescence », Fayard.
- JEAMMET P., « Adolescence et dépendance », Psychotropes 3/2005 (vol. 11), p. 9-30.
- JEAMMET P. (2000), « Les conduites addictives, un pansement pour la psyché », in Les addictions, Le Poulichet S., dir. Monographies de Psychopathologie, Paris, PUF.
- LACHAR P., 1991, « Ambivalence du désir d'enfant chez l'adolescente », in Gynécologie et psychosomatique, Performances médicales, 52, p.58-60.
- LEBRUN J-P. (1998), Un monde sans limite, Ramonville Saint-Agne, Erès.
- Mc DOUGALL J. (1978), Plaidoyer pour une certaine anormalité, Paris, Gallimard.

Mc DOUGALL J., « l'économie psychique de l'addiction », Revue française de psychanalyse, 2004/2, Vol.68, p511-527.

- MARINOV V.(dir.), MC DOUGALL J., BRELET-FOULARD F., LANOUZIERE J., (2001), Anorexie, addictions et fragilités narcissiques, Paris, Puf

- PEDINIELLI J-L. et BONNET A., « Apport de la psychanalyse à la question de l'Addiction », Psychotropes, 2008/3, Vol. 17, pp. 41-54.
- PIRLOT G., « Complexité psychopathologique du phénomène d'addiction réévalué avec des concepts psychosomatiques et métapsychologiques », Psychotropes, 2002/2, Vol.8, pp. 97-118.
- TASSIN J-P. (1998), « Les mécanismes neurobiologiques des dépendances », Communication, les dépendances. Semaines de la prévention Ap-Hp, 16-19 nov.
- VALLEUR M., VELEA D., « Les addictions sans drogues », Théma Toxibase, n°6, Juin 2002.
- VENISSE J.L. (sous la dir.) (1991), Les nouvelles addictions, Paris, Masson.
- WINNICOTT DW. (1971), Jeu et réalité, l'espace potentiel. Traduction française, Paris,
- WINNICOTT D.W. (1957), L'enfant et sa famille, Paris, Editions Payot et Rivages, 2002. NRF, Gallimard, 1975.
- ZARIFAN E. (1994), Des paradis pleins la tête, Paris, Odile Jacob.
- VIGNALOU J. et GUEDENEY N., « Quand les mères sont anorexiques », Enfances & Psy, 2007/4, n°37, p.71-80

Romans :

- *CHATELÊT N., Histoires de bouche.*
- *GIDE A., Les nourritures terrestres.*
- *KAFKA F., Le Champion du jeûne.*
- *MARZANO M., Légère comme un papillon.*
- *NOTHOMB A., Biographie de la faim.*
- *PROSE F., Les petits miracles.*
- *TEISSON J., L'enfant plume.*
- *VALERE V., Le pavillon des enfants fous.*