

reseauado@cch.aphp.fr

www.mda.aphp.fr



Maison de Solenn

MAISON DES ADOLESCENTS
COCHIN-PARIS

« Ados aujourd'hui-Ados de demain »

Colloque 28 et 29 Janvier 2011

Actualités sur la prise en charge de
l'anorexie: de nouvelles pratiques?

(Dr Corinne Blanchet)



Actualités sur la prise en charge de l'anorexie: de nouvelles pratiques?

PLAN

1. Présentation de la Maison de Solenn - Maison des adolescents
2. Présentation de notre cohorte de patients TCA
3. Particularités de la prise en charge des TCA
4. Conclusion et perspectives.....

Partie 1

Présentation de la Maison de Solenn - Maison des adolescents



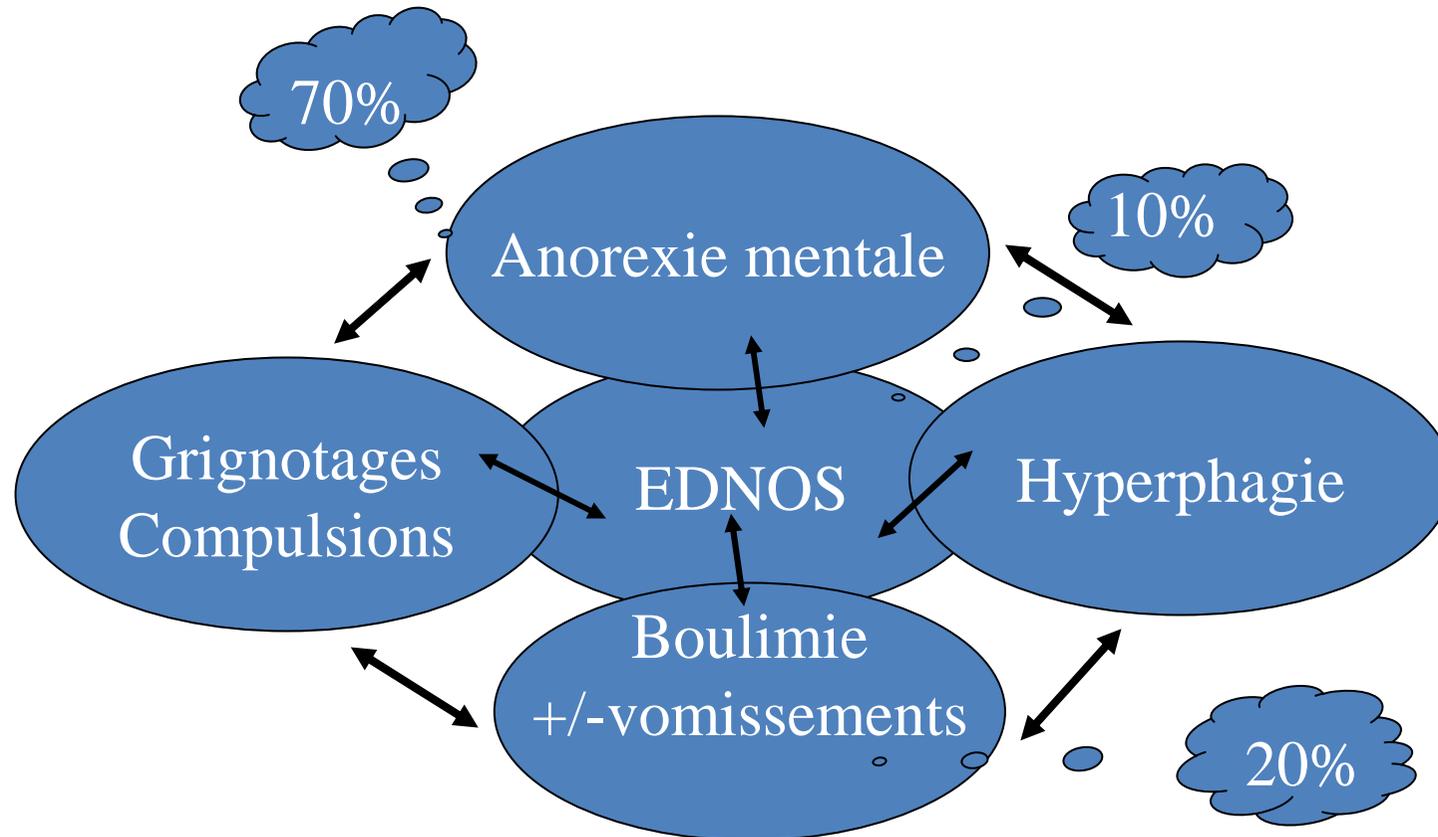
1. Présentation de la structure

- Structure d'accueil et de soins pluridisciplinaires
- Adolescents, familles, professionnels
- Ouverture décembre 2004
- Expertise prise en charge des **problématiques nutritionnelles** (TCA, obésité)



1. Présentation de la structure

- Troubles des conduites alimentaires



Partie 2

Présentation de notre cohorte de patients TCA



2. Présentation de notre cohorte de patients TCA

- File active en consultation > 300 patients
- Consultations spontanées: 50%
- Adressage par un médecin de ville, une autre institution: 50%
- Provenance :
 - 85% accueil téléphonique
 - 15% accueil direct (espace santé)
- Représentent 1/3 des patients en hospitalisation traditionnelle, 1/4 en hôpital de jour
- Fidélisation forte: > 90 % RDV honorés
- Suivi prolongé: 70% en post-hospitalisation à 2 ans

2. Présentation de notre cohorte de patients TCA

- Le suivi est essentiellement **ambulatoire**
- **10 à 15%** des patients vus en consultations seront **hospitalisés**
- 1/3 des 20 lits réservés aux patients anorexiques
 - **IMC très bas (IMC 11 à 14):**
 - dénutritions extrêmes (HAS),
 - sauvetage nutritionnel initial
 - longue durée hospitalisation: 6 mois en moyenne
 - objectif de poids : histoire pondérale pré-morbide, retentissement staturo-pubertaire, durée évolution, niveaux de poids lors d'hospitalisations antérieures, qualité de l'alliance, conviction médicale sur la faisabilité du projet

2. Présentation de notre cohorte de patients TCA

- **IMC entre 15 et 16:**
 - formes fixées, évolution psycho-sociale défavorable
 - durées d'hospitalisation plus variables
 - objectif de poids à la normalisation (IMC 18)
- **Formes pré-pubères:**
 - prises en charge complexes
 - alliance qualité variable, formes oppositionnelles
 - normalisation pondérale (courbe IMC/percentile)
- **Formes récentes (<1 an):**
 - 50% des appels téléphoniques pour avis
 - hospitalisations rares
 - évaluation individuelle et familiale
 - objectif de poids: inconstant, interrompre la perte de poids, durée hospitalisation fixée, mobilisation individuelle et familiale, mise en place du suivi ambulatoire

Partie 3

Particularités de la prise en charge des TCA



3- Particularités de la prise en charge des TCA

- La prise en charge de l'anorexie mentale dans un lieu dédié à la souffrance adolescente doit être:
 - basée sur des **connaissances et des convictions** scientifiquement **établies**
 - individualisée selon les spécificités du **patient**
 - **adaptée à l'évolution propre de la pathologie** dans le temps
 - **en lien avec les autres professionnels** et institutions spécialisés dans la prise en charge des TCA en Ile-de-France et au niveau national

3- Particularités de la prise en charge des TCA

- **Basée sur des connaissances et des convictions médico-psychiatriques**
 - **Courants de pensée:** psychanalytique, psychiatrique, sociologique, anthropologique, organiciste, systémique
 - **Hypothèses étiopathogéniques** multiples
 - **Définitions** selon les **Critères DSM IV** ou autre(s)
 - **Complications somatiques multiviscérales**, pouvant engager le pronostic fonctionnel et vital,
 - Recommandations de **prise en charge de la HAS**
- Ces connaissances doivent construire les **fondements de la prise en charge** mais ne pas être utilisées comme un dogme inflexible qui gommerait les singularités du sujet et sa capacité d'évolution

3- Particularités de la prise en charge des TCA

- **Individualisée selon les spécificités du patient:**
 - **L'âge:** particularités des **anorexies chez les 8-12 ans**, critères « atypiques », perte de poids inconstante, cognitions anorexiques absentes ou partielles → classification de la **Great Ormond Street (GOS) en 2007**, par **Bryant-Waugh & Lask**
 - **Le genre:** particularités de **l'anorexie du garçon**, hyperactivité physique majeure, restriction alimentaire variable, perte de poids fulgurante, gravité du tableau clinique initial, psychopathologie sous-jacente
 - **La culture:** modalités d'expression symptomatique variables avec des **critères « culture-free »** proposés *par Lee en 1993*, **culture-change-syndrome** (syndrome de transition culturelle)
 - **Le contexte:** **anorexies « réactionnelles »** ou « contextuelles », dimension dépressive forte, avec perte d'appétit absente, passivité

3- Particularités de la prise en charge des TCA

- **Adaptée à l'évolution du patient dans le temps:**
 - **Il existe une évolution de la pathologie dans le temps (Milos, 2005) :** instabilité de l'expression symptomatique du TCA dans le temps et réaménagements psychiques justifiant une adaptation des stratégies et des modalités de prise en charge:
 - Séparation vs non séparation
 - Nutrition entérale partielle ou continue
 - Scolarisation complète, aménagée ou pas
 - Objectifs d'hospitalisation (poids, approche comportementale sur rituels alimentaires ou autres, mobilisation psychique)
 - Modalités de psychothérapie

3- Particularités de la prise en charge des TCA

- **En lien avec les autres professionnels:**
 - la gravité de la pathologie, sa complexité, l'intrication des symptômes somatiques et psychiatriques, la durée imprévisible de son évolution, les ré-aggravations fréquentes justifient largement la mise en commun des réflexions et interventions:
 - connaître et reconnaître les **compétences spécifiques** de chaque équipe permettant une orientation initiale plus adaptée ou un relais de prise en charge thérapeutique
 - importance des **échanges** cliniques sur des situations complexes entre les **institutions spécialisées**
 - importance de se fédérer autour du TCA et/ou de l'adolescence (**réseau TCA idf, AFDAS TCA, ANMDA...**) visant à améliorer la prise en charge des patients (accueil, orientation, soin, ..) et développer la recherche

Partie 4

Conclusions et perspectives



4- Conclusions et perspectives

- **La prise en charge multidisciplinaire et le concept de médecine de l'adolescence** enrichit incontestablement la pratique autour des TCA
- **Le parcours de soin** doit s'inscrire dans la **durée**, d'où l'importance de:
 - la qualité de l'accueil et de l'orientation initiale
 - la reconnaissance des spécificités du patient et de ses besoins
 - la qualité de l'alliance avec le patient et sa famille
 - la prise en charge des familles et des fratries
 - un médecin référent capable d'intervenir dans des situations aiguës ou chroniques, et guider le parcours de soins
- Néanmoins l'inscription dans la durée **ne doit pas rendre le patient et sa famille captifs**

4- Conclusions et perspectives

- Utiliser **le jeu des institutions et de la pluridisciplinarité** dans l'intérêt du patient
- La prise en charge se doit d'être **cadranche et traditionnelle** mais également **individualisée et évolutive**
- Le soin somatique au sens large doit se mettre au service du patient et **faciliter l'accès au soin psychique** seul garant d'une évolution globale favorable
- **Les interventions trop précoces** peuvent être **nuisibles** tant sur le plan somatique que psychiatrique
- **La mise en commun de moyens** au niveau des services cliniques, des sociétés savantes et des groupes de travail (éthique, recherche, urgences, ...) optimise la connaissance et la prise en charge de ces pathologies