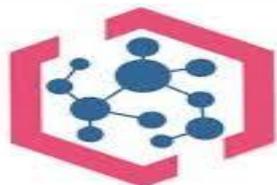


Organisation des soins des TCA en France : état des lieux et perspectives

S Guillaume

CHU et Université de MONTPELLIER / INSERM U1061

s-guillaume@chu-montpellier.fr



FFAB

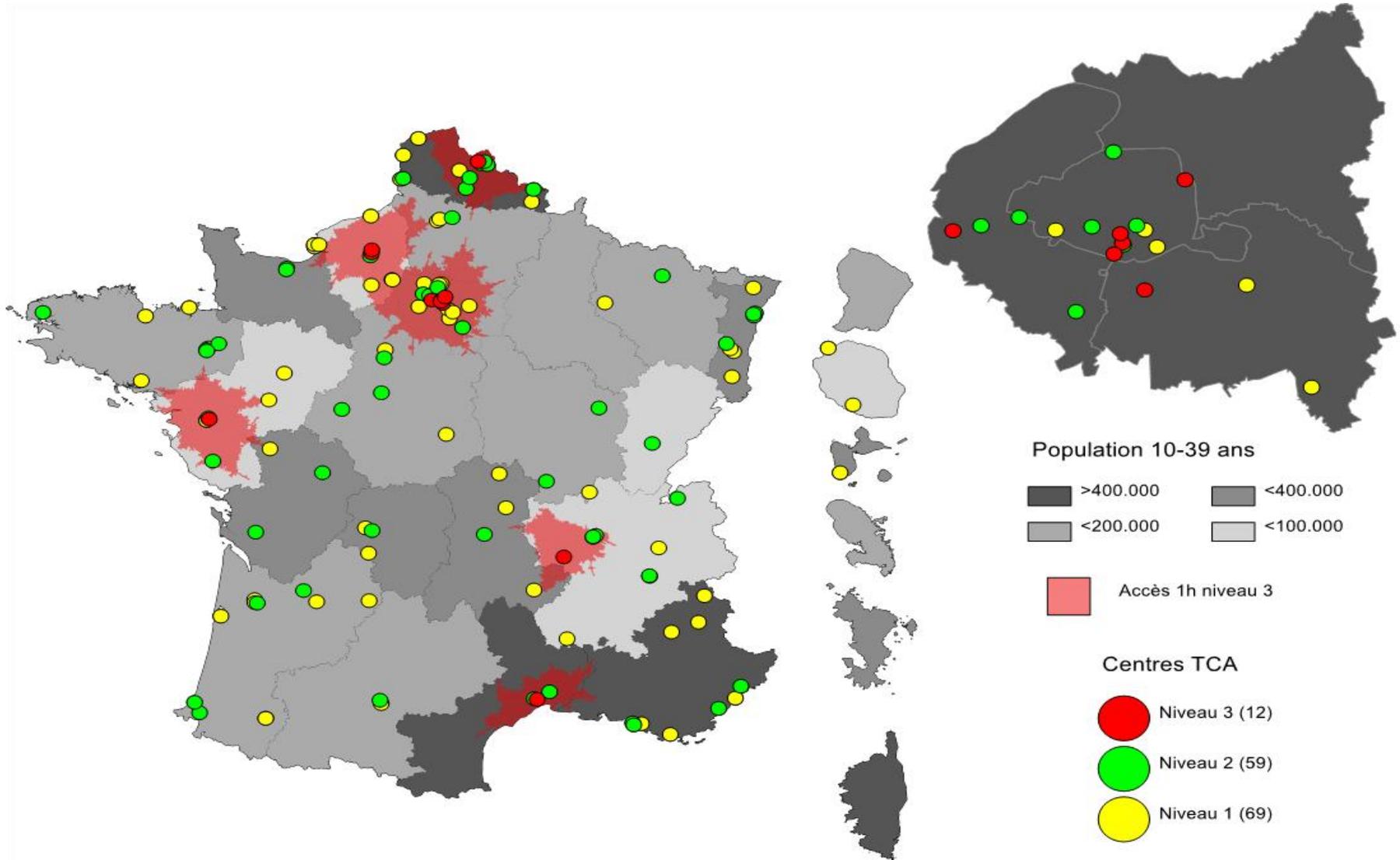
Fédération Française Anorexie Boulimie
French Federation Anorexia Bulimia
(anciennement AFDAS-TCA)

Inserm

Organisation des soins au niveau national

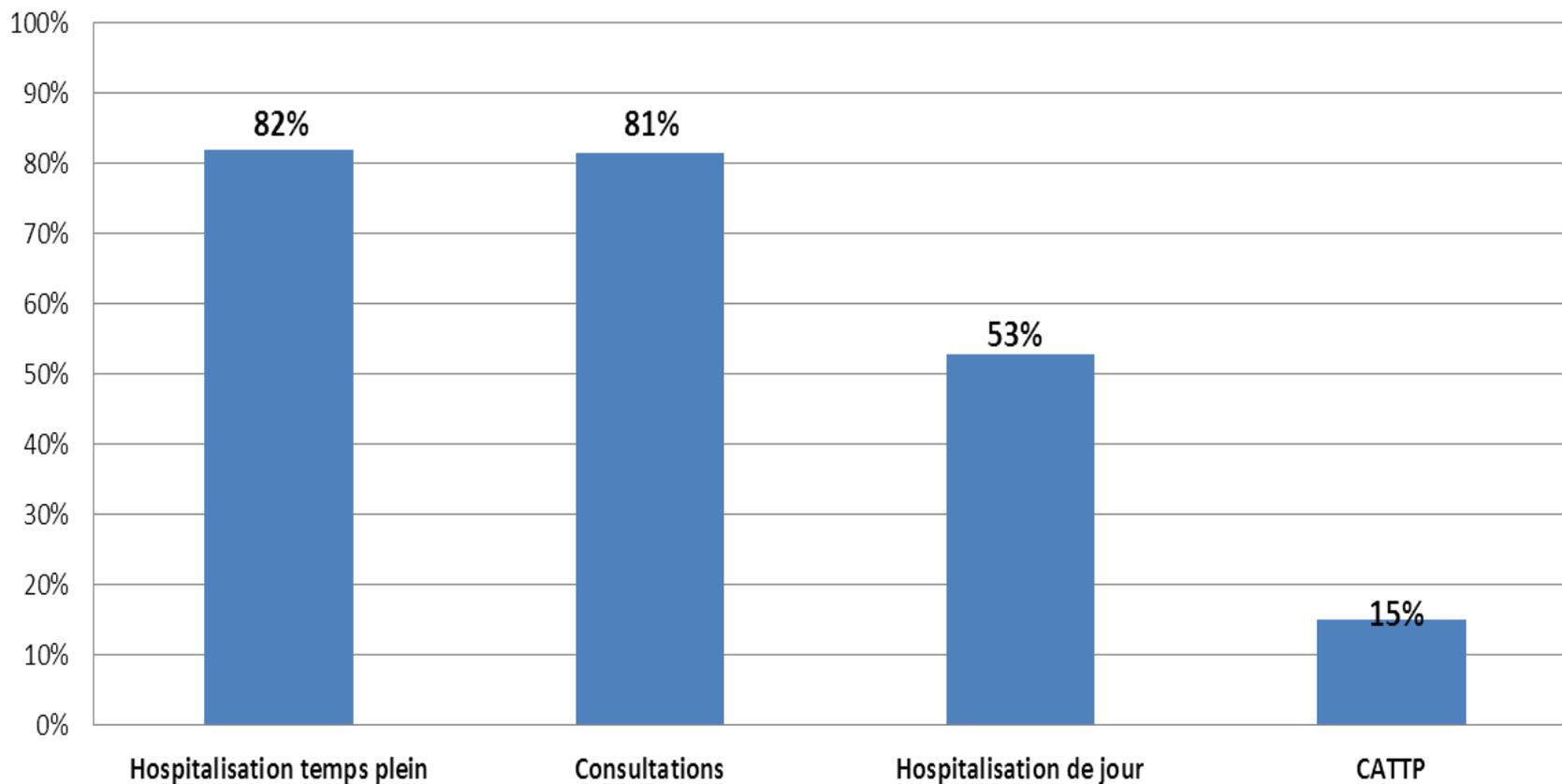
- **2012 : soutien DGS de l'AFDAS-TCA**
- **2013: Demande DGOS de structurer l'offre de soins, d'enseignement et de recherche pour TCA en France par l'AFDAS-TCA et FNA –TCA peu expériences nationales (GB et pays Bas)**
- **2015-2016 Auditions :**
 - **réseaux régionaux TCA mai 2015**
 - **professionnels non spécialisés et premier recours**
- **2017: (01-06) Enquête DGOS FFAB (sur 2015) 2694 établissements**
- **2018 : Résultats et propositions**

Cartographie des soins



Enquête DGOS TCA

Offre de soins pour les TCA dans les établissements (en % d'établissements répondants)



La réalité du terrain

Solutions:

Increase proportion who are receiving high-quality, evidence-based treatment:

- ~ Train-the-Trainer
- ~ Web-Centered Training
- ~ Best-Buy Interventions
- ~ Electronic Support Tools
- ~ Higher-Level Support and Policy

Increase reach to individuals who are not served by current treatments:

- ~ Task-Shifting
- ~ Disruptive Innovations
 - Telemedicine
 - Internet
 - Mobile Apps



20% of individuals with eating disorders receiving any treatment

80% of individuals with eating disorders receiving nothing

- **Peu de thérapeutes spécialisés**
- **Fortes inégalités territoriales**

La majorité des patients souffrant de TCA ne bénéficient pas de ces prises en charge spécialisées

Nécessité de développer une filière de soins spécialisée

- **Reposant sur une organisation administrative structurée (et non un bénévolat associatif)**
- **Répartie sur tout le territoire et au besoin avec partenariat public/privé/médecine de ville**
- **Un repérage précoce, notamment dans les groupes à risques**
- **Incluant une évaluation minimale commune nationale :**
 - **standardisée (modèle suédois stepwise/ Sweat)**
 - **incluse dans les soins**
 - **discutée avec le patient**
 - **permettant de construire un projet de soins adapté**
 - **Permettant une recherche collaborative large**

Nécessité de développer une filière de soins spécialisée

- **Avec des soins pour les TCA :**
 - **Adaptés à l'âge**
 - **Attentive aux transitions enfant/adolescent/adulte**
 - **Suivant les recommandations**
- **Multidisciplinaires et coordonnés**
- **Gradués**
 - **Ambulatoire**
 - **Hôpitaux de jours à développer ++**
 - **hospitaliers**
- **Incluant la gestion de l'urgence à la chronicité**

Organisation des soins en cas de suspicion d'un TCA

TCA type AM

- + Restriction
- + Perte de poids et/ou poids bas
- +/- Crise de boulimie
- +/- autres stratégies de contrôle de poids (Vomissements/laxatifs/diurétiques/ exercice physique excessif...)

TCA type BN

- + crises de boulimie (crises d'hyperphagie boulimique)
- + IMC normal ou haut
- +/- fluctuation poids
- +/- Restriction ou
- +/- autres stratégies de contrôle de poids (Vomissements/laxatifs/diurétiques/ exercice physique excessif...)

TCA type HB

- + crises de boulimie (Crises d'hyperphagie boulimique)
- + IMC élevé (surpoids ou obésité)
- +/- Prise de poids importante

Trouble de la perception de l' image du corps influençant l'estime de soi



Bilan et suivi somatique et nutritionnel (diététiques)

Retentissement maigreur/fluctuations pondérales/surpoids / stratégies de contrôle du poids
Prise en charge somatique et nutritionnelle: renutrition/ équilibre alimentaire/complications



Bilan et suivi psycho-social

Recherche dépression, troubles anxieux, addictions, risque suicidaire, retentissement social
Soins psychologiques individuels et familiaux du TCA, des comorbidités et retentissement social



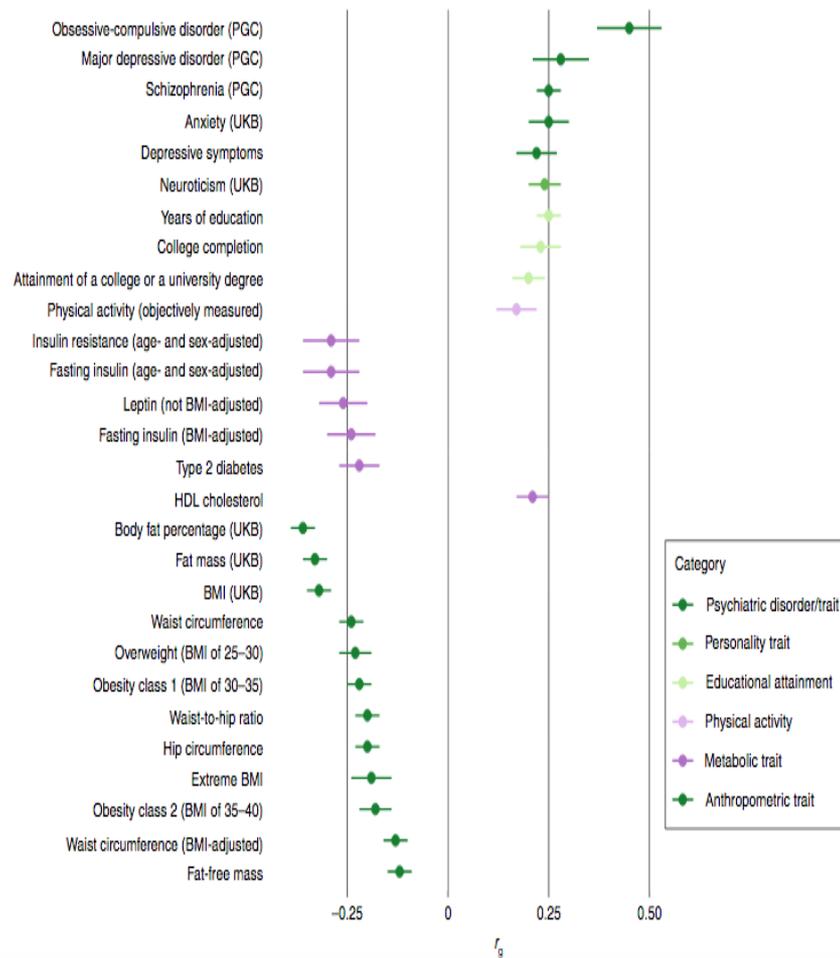
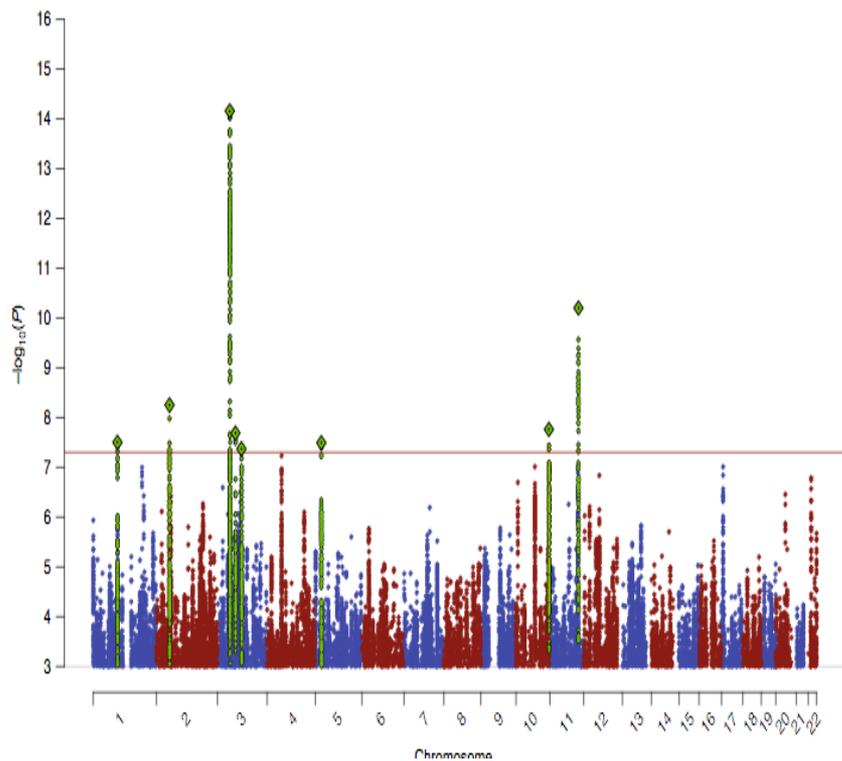
Suivi pluridisciplinaire et coordonné explicitement par l'un des praticiens

Traitement TCA = Multidisciplinarité : articulation et complémentarité des approches thérapeutiques

- **Les plus précoces possibles**
- **Soins multidisciplinaires, COORDONNES, incluant toujours:**
 - **des aspects somatiques,**
 - **psychiques (individuels et familiaux) ,**
 - **nutritionnels et sociaux**
- **Adapter les soins en fonction de l'évaluation et de l'évolution en intensité (Ambulatoire, CATPP, HJ, HC) et en durée**
- **Différents types d'abord thérapeutiques possibles, simultanément et/ou successivement, en fonction de l'état clinique et des ressources thérapeutiques disponibles**

Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa

Hunna J. Watson et al.*



Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial

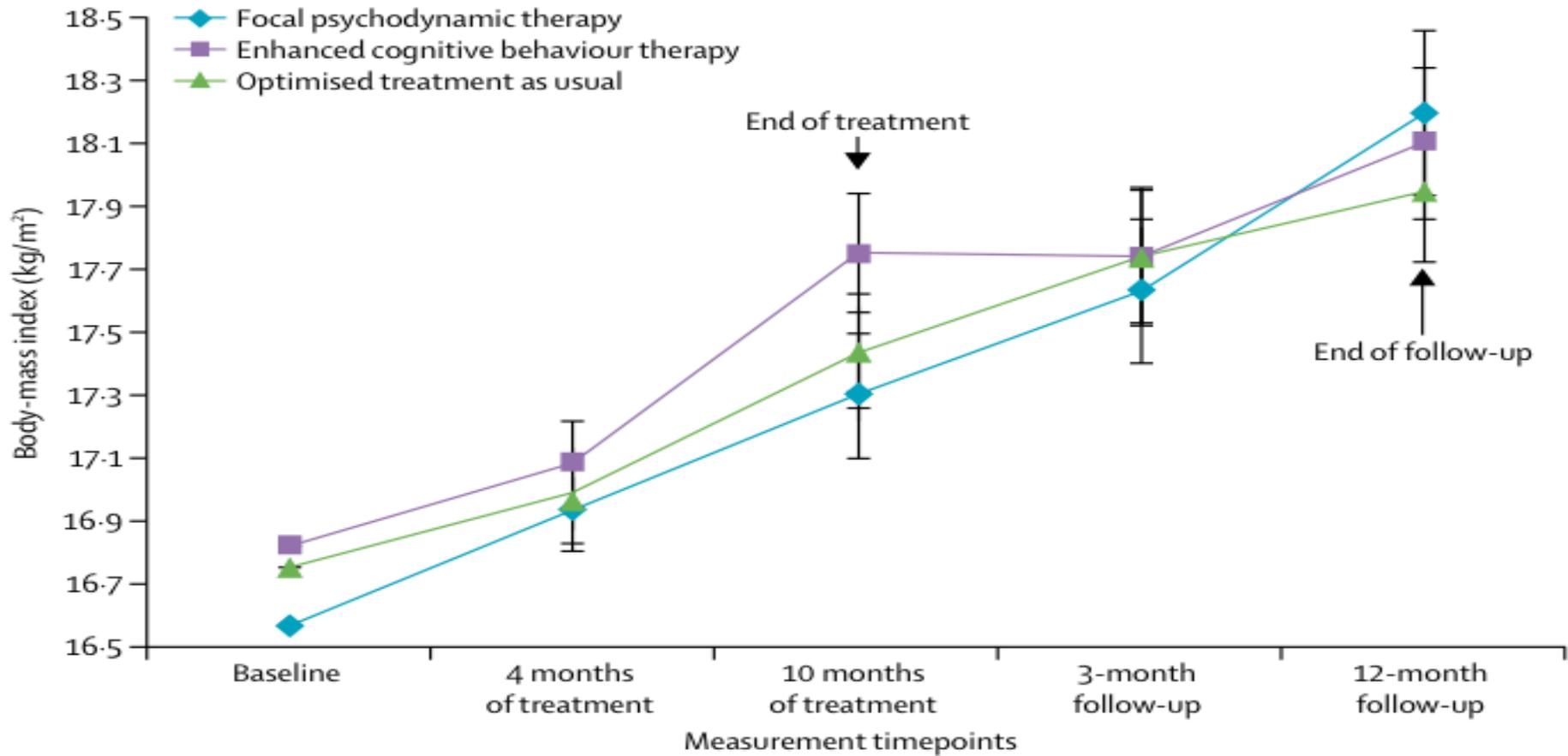
*Stephan Zipfel, Beate Wild, Gaby Groß, Hans-Christoph Friederich, Martin Teufel, Dieter Schellberg, Katrin E Giel, Martina de Zwaan, Andreas Dinkel, Stephan Herpertz, Markus Burgmer, Bernd Löwe, Sefik Tagay, Jörn von Wietersheim, Almut Zeeck, Carmen Schade-Brittinger, Henning Schauenburg, Wolfgang Herzog on behalf of the ANTOP study group**

- **Etude multicentrique impliquant les 10 principaux centres spécialisés dans les TCA d'Allemagne**
- **Comparaison de 3 groupes**
- **Patiente ambulatoire IMC>15**
- **10 mois de traitement puis une année de suivi**
- **Critère de jugement mixte IMC, EDI, index composite de remission**

Groupe 1: la vrai vie (ou presque)

- **Contact mensuel avec le généraliste:**
 - **Surveillance somatique + prise de sang**
 - **Adressage à l'hôpital si trouble aigu ou IMC<14**
 - **Formation initiale de quelques heures sur les principaux risques physique et psychiatrique de l'AN**
 - **Contact une fois tous les 2 mois avec un service spécialisé dans les TCA**
 - **Evaluation psychiatrique et alimentaire**
 - **Gestion des co-occurrences / guidance et psychothérapie de soutien**

Évolution du poids



Ce qu'il faut retenir de cette étude

- **Il n'y a pas de fatalité dans l'anorexie de l'adulte**
 - **bien prise en charge 70 % s'améliorent**
- **Un traitement non spécialisé multidisciplinaire avec une psychothérapie de soutien est déjà très utile**

Traitement TCA = Multidisciplinarité : articulation et complémentarité des approches thérapeutiques

- **Les plus précoces possibles**
- **Soins multidisciplinaires, COORDONNES, incluant toujours:**
 - **des aspects somatiques,**
 - **psychiques (individuels et familiaux) ,**
 - **nutritionnels et sociaux**
- **Adapter les soins en fonction de l'évaluation et de l'évolution en intensité (Ambulatoire, CATPP, HJ, HC) et en durée**
- **Différents types d'abord thérapeutiques possibles, simultanément et/ou successivement, en fonction de l'état clinique et des ressources thérapeutiques disponibles**

Soins ambulatoires ou hospitalisation dans l'anorexie

- Prise en charge initiale en ambulatoire dans la majorité des cas si possible
- Efficacité démontrée des prises en charge ambulatoires intensives de type hospitalisation de jour

Pour plus de détails:

https://www.hassante.fr/portail/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge

Lock et Fitzpatrick 2009; Gowers BJP 2007; Cochrane review; Byford BJP 2007; Herpertz Dalhmann 2015

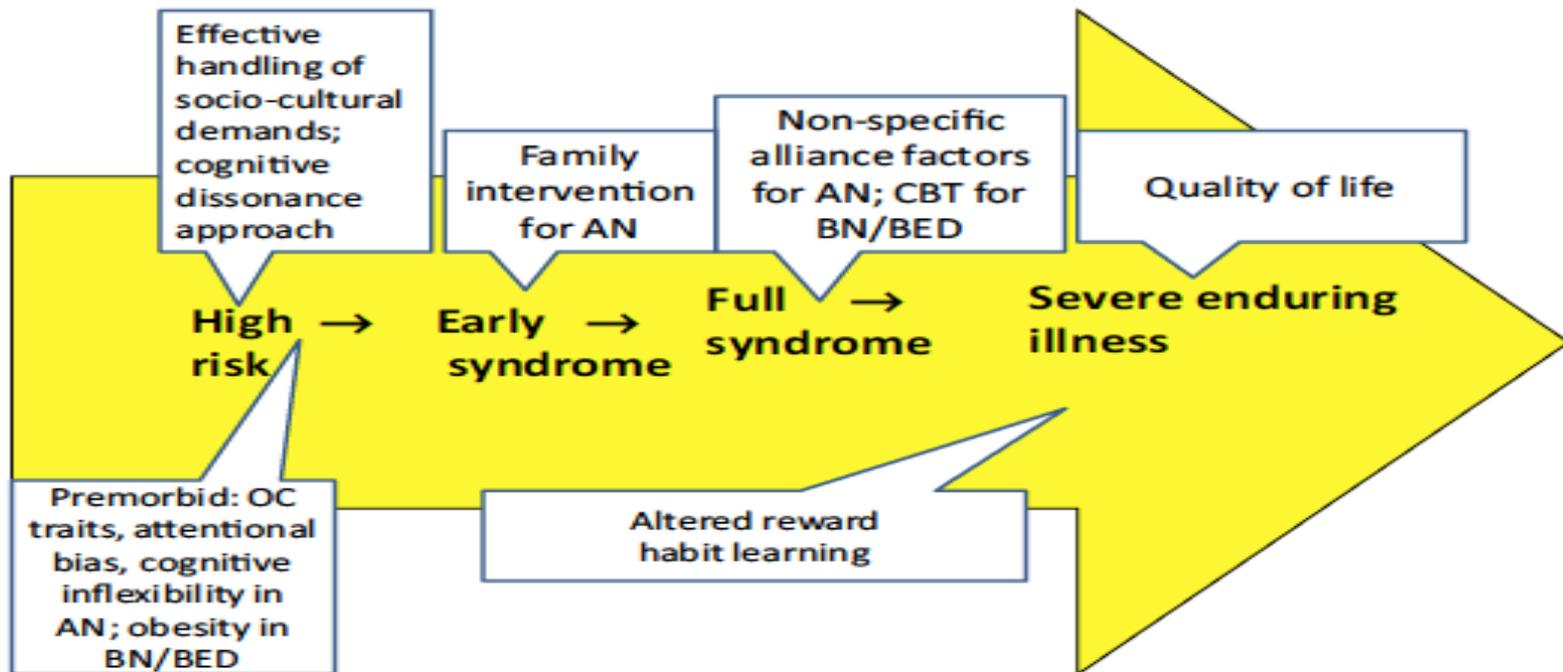
BN / BED: Soins ambulatoires ou hospitalisation?

- **Prise charge ambulatoire initiale sauf situation particulière**
- **Hospitalisation :**
 - **d'urgence pour hypokaliémie (BN)**
 - **risque suicidaire**
 - **état de mal boulimique avec l'objectif d'un sevrage des vomissements (BN)**
 - **décompensation de la comorbidité psychiatrique (ex : état limite avec conduites autodestructrices, dépression)**
 - **Complication obésités justifiant une hospitalisation (BED)**

Voir www.HAS.fr

Une approche par grade

The stages of illness in eating disorders



Phase précoce

- La thérapie familiale a été validée particulièrement dans cette phase

Subgroup	Type of Therapy	Outcome		
		Good	Intermediate	Poor
1, Onset \leq 18 y, duration < 3 y (EOSH)	Individual*	4	2	5
	Family*	9	0	1
	Total	13	2	6
2, Onset \leq 18 y, duration > 3 y (EOLH)	Individual	1	4	4
	Family	3	1	6
	Total	4	5	10
3, Onset > 18 y (LO)	Individual	4	2	1
	Family	2	2	3
	Total	6	4	4
4, Bulimia nervosa (BN)	Individual	3	2	5
	Family	0	4	5
	Total	3	6	10

* Good vs intermediate + poor outcome, $P < .02$; Fisher probability test.

- Prise en charge familiale : Données très fortes, validées par les guidelines (à privilégier particulièrement à cette phase)

Anorexie résistante: Réflexion sur l'organisation des soins

- **Un trouble alimentaire résistant est un trouble évoluant depuis plus de 5-8 ans: Notion de « turn point »**
- **Considérer ces patientes avec des objectifs similaires à ceux d'une anorexie de l'adolescence (restauration du poids et d'un comportement alimentaires relaxé) :**
 - **N'est cliniquement pas pertinent**
 - **Aboutie à un épuisement du patient et des soignants**
- **Les objectifs de soins doivent se concentrer sur**
 - **La qualité de vie**
 - **La gestion des complications somatiques**
 - **La gestion des complications psychiatriques**

Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial.

Touyz S et al Psychol Med. 2013

- **66 Anorexies résistantes**
 - **Au moins 7 ans et en moyenne 14 ans d'évolution.**
 - **Plusieurs tentatives de prise en charge ambulatoire et/ou hospitalière antérieure**
- **Design**
 - **RCT Comparant TCC versus soins habituels optimisés**
 - **8 mois de traitement et 1 an de suivi**
- **Critères de jugement principaux : qualité de vie, intégration sociale, thymie**

Résultats

Primary Outcomes	End of Treatment		6-Mo Follow-up		12-Mo Follow-up	
	CBT (n=31)	SSCM (n=32)	CBT (n=31)	SSCM (n=32)	SSCM (n=31)	CBT (n=32)
EDQoL Total	0.733***	0.92***	0.88***	0.98***	0.84***	1.11***
SF-12 MCS	0.46*	0.85***	0.43*	0.76***	0.28	0.65**
SF-12 PCS	-0.32	0.09	0.09	0.13	0.01	0.11
BDI Total	0.62**	0.98***	0.70***	0.86***	0.56**	0.89***
WSAS Total	0.34	0.68***	0.64***	0.75***	0.41*	0.48*
Secondary Outcomes						
BMI	0.42*	0.49*	0.24	0.50*	0.50*	0.50*
EDE Global	0.85***	0.62***	0.84***	0.64***	1.04***	0.67***
ANSOCQ Total	1.09***	1.46***	1.03***	1.11***	1.52***	0.91***

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Que conclure de ce type d'étude

- **Des soins réalistes en pratique clinique sont possible chez ces patients sous réserve d'abandonner les espoirs de guérison**
- **Le paradigme de soins doit changer et nous devons « rouler avec la maladie »**
- **Monitoring régulier de la qualité de vie et du fonctionnement nécessaire .**

Psychothérapie dans la boulimie et l'hyperphagie boulimique

Therapy	Bulimia Nervosa		Binge Eating Disorder	
	Evidence	RCT citations	Evidence	RCT citations
Cognitive-behavioral therapy	EST	Agras et al. (2000); Fairburn et al. (1991); Fairburn, Kirk, O'Connor, and Cooper (1986); Poulsen et al. (2014); Goldbloom et al. (1997); Garner et al. (1993); Walsh et al. (1997); Fairburn et al. (2015); Fairburn et al. (2009); Wonderlich et al. (2014)	EST	Wilfley et al. (1993); Wilfley et al. (2002); Grilo, Masheb, and Wilson (2005); Agras et al. (1994); Ricca et al. (2001)
Interpersonal psychotherapy	EST	Agras et al. (2000); Fairburn et al. (1991); Fairburn et al. (2015)	EST	Wilfley et al. (1993)Wilfley et al. (2002) Wilson et al. (2010)
Dialectical behavioral therapy	Possibly efficacious	Safer et al. (2001); Hill et al. (2011); Chen et al. (2016); Klein et al (2013)	Possibly efficacious	Masson et al. (2013); Telch et al. (2001); Safer et al. (2010); Chen et al. (2016); Klein et al. (2013)
Schema therapy	Possibly efficacious	McIntosh et al. (2016)	Possibly efficacious	McIntosh et al. (2016)
Compassion focused therapy	Possibly efficacious	Kelly et al. (2016)	Possibly efficacious	Kelly et al. (2016); Kelly and Carter (2015)
Mindfulness-based interventions	Not EST	-	Possibly efficacious	Kristeller et al. (2014)
Acceptance and commitment therapy	Not EST	-	Not EST	-

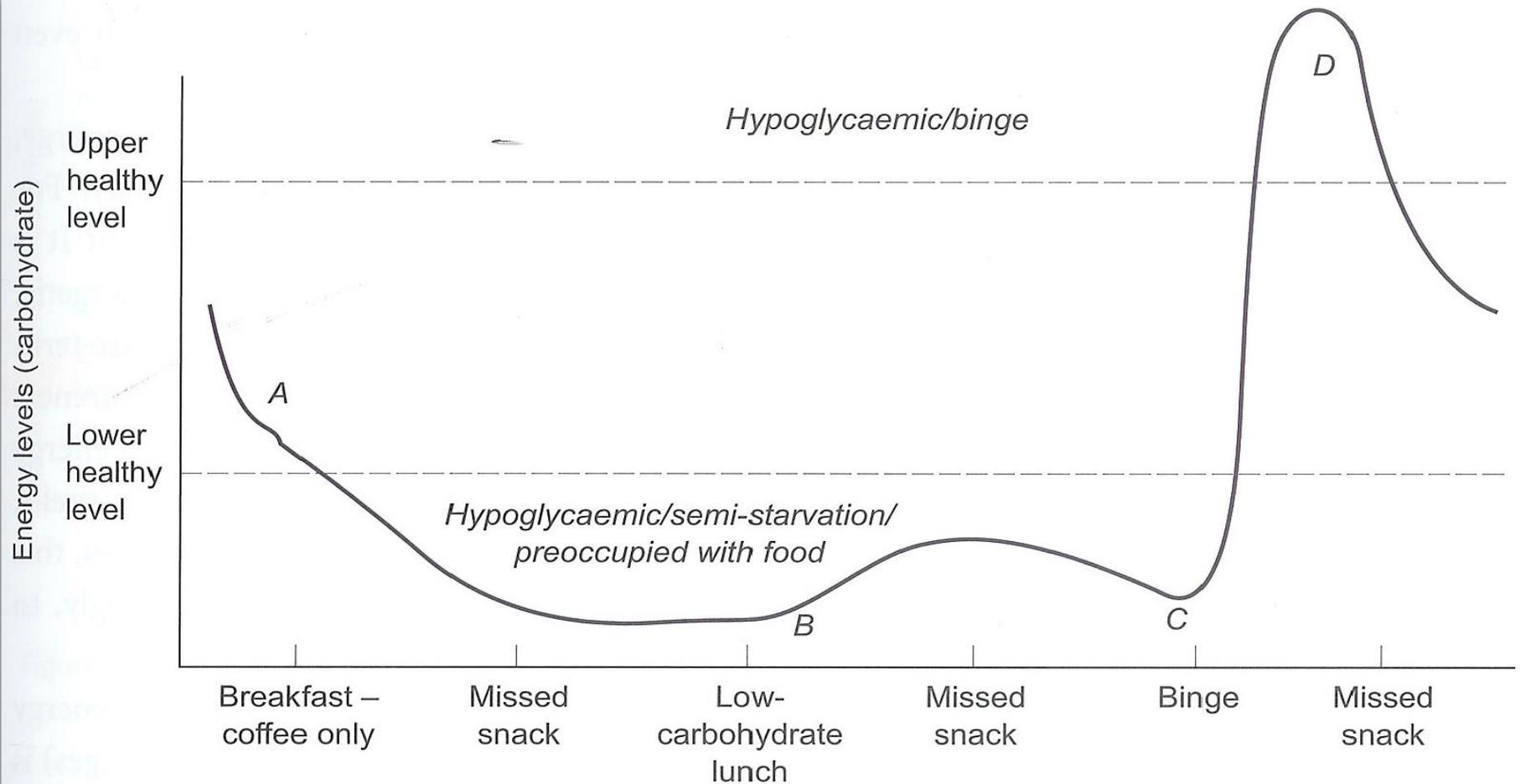


Figure 13.1 An illustration of the energy levels associated with a restrictive/bulimic dietary intake, showing the levels of carbohydrate available to the patient when restricting through the day followed by binge-eating to make up carbohydrate levels.

En résumé

- **Des actions nationales pour favoriser des parcours de soins multidisciplinaires, coordonnés et gradués**
- **Soins multidisciplinaires, COORDONNES, incluant toujours:**
 - **des aspects somatiques,**
 - **psychiques,**
 - **nutritionnels et sociaux**
- **Gradué en fonction de l'état clinique et des ressources thérapeutiques disponibles**
- **Annuaire national : <https://www.ffab.fr/>**