

Journée inter CLANS PACA 07 avril 2022



Les Troubles des Conduites Alimentaires : Aspects somatiques / Nutritionnels et prise en charge

Mouna Hanachi, MD, PhD

Service de Nutrition Clinique, DMU 11, Hôpital Paul Brousse, Villejuif (APHP),

Equipe FInE Institut MICALIS INRAE, Jouy-en-Josas

mouna.hanachi@aphp.fr

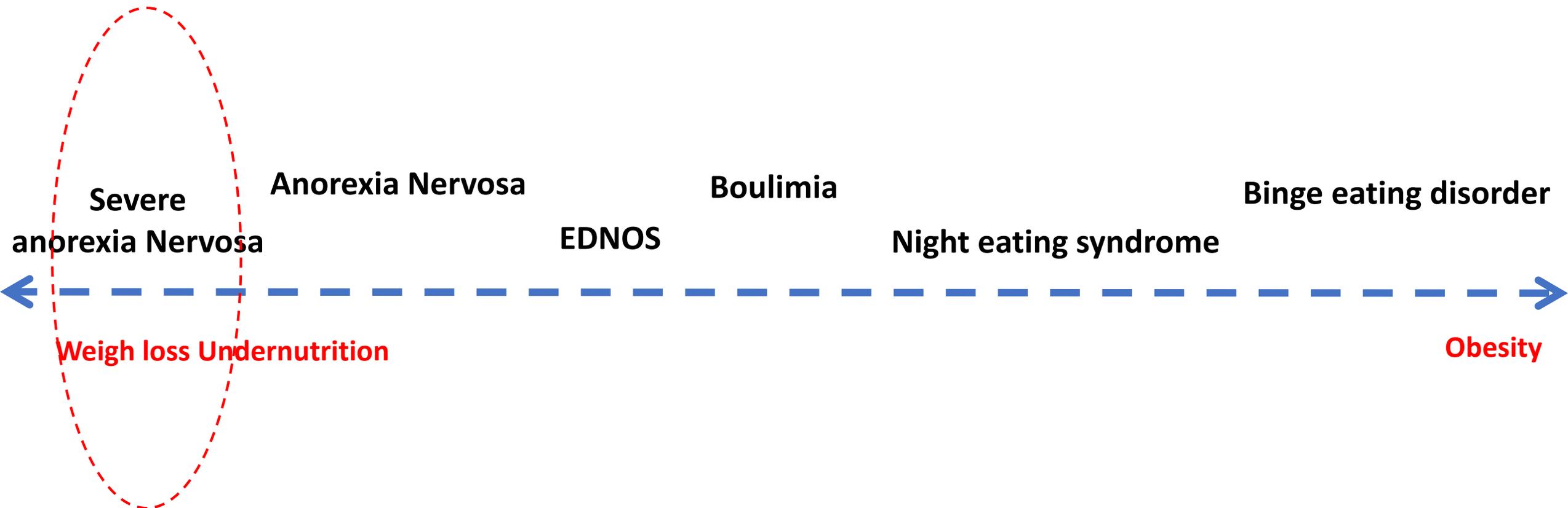


Plan

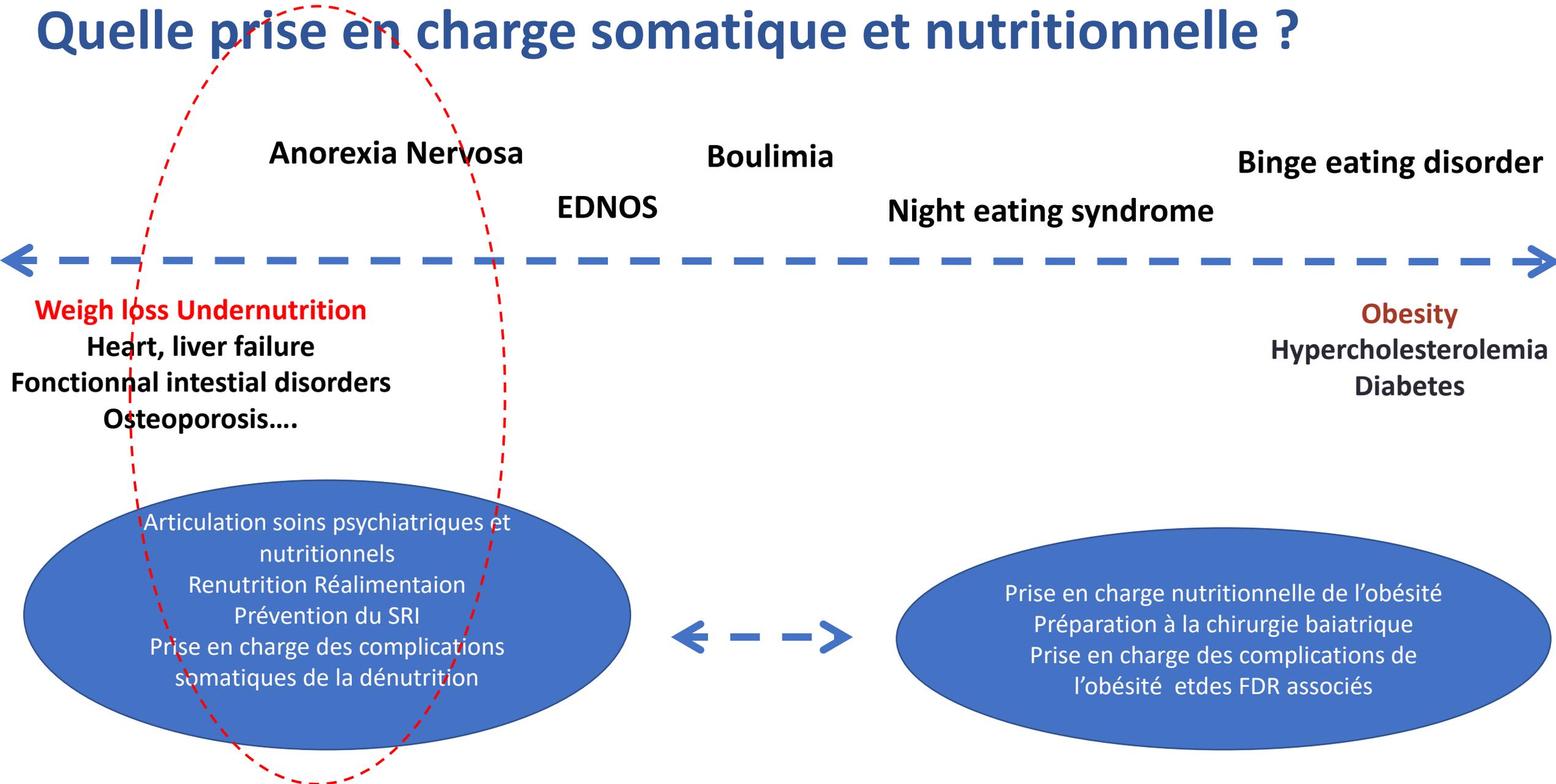
- I. Spectres des troubles des conduites alimentaires
- I. Principaux TCA, prévalence et prise en charge
- II. Anorexie mentale : définition étiopathogénie, épidémiologie
- III. Complications somatiques de l'AM : Dénutrition, comportement pathologiques associés, renutrition
- IV. Modalités de prise en charge : place de la PEC nutritionnelle / somatique dans la la PEC globale transdisciplinaire
- V. Conclusion

Spectre des troubles des conduites alimentaires

Perturbations significatives et durables de la prise alimentaire avec un retentissement somatique, psychiatrique, familial, social, professionnel



Quelle prise en charge somatique et nutritionnelle ?



Troubles des conduites alimentaires

```
graph TD; A[Troubles des conduites alimentaires] --> B[Anorexie Mentale]; A --> C[Boulimie à poids normal]; A --> D[Hyperphagie Boulimique]; A --> E[Autres TCA]; B --> B1[Type restrictif]; B --> B2[Type accès hyperphagique / purgatif]; C --> D;
```

Anorexie Mentale

0,8 à 3,6 % de la population adulte
sex ratio 1H / 9F

Type restrictif

Type accès hyperphagique / purgatif

Boulimie à poids normal

1% à 2,6% de la population adulte
Sex ratio : 1H / 3 à 8F

Hyperphagie Boulimique

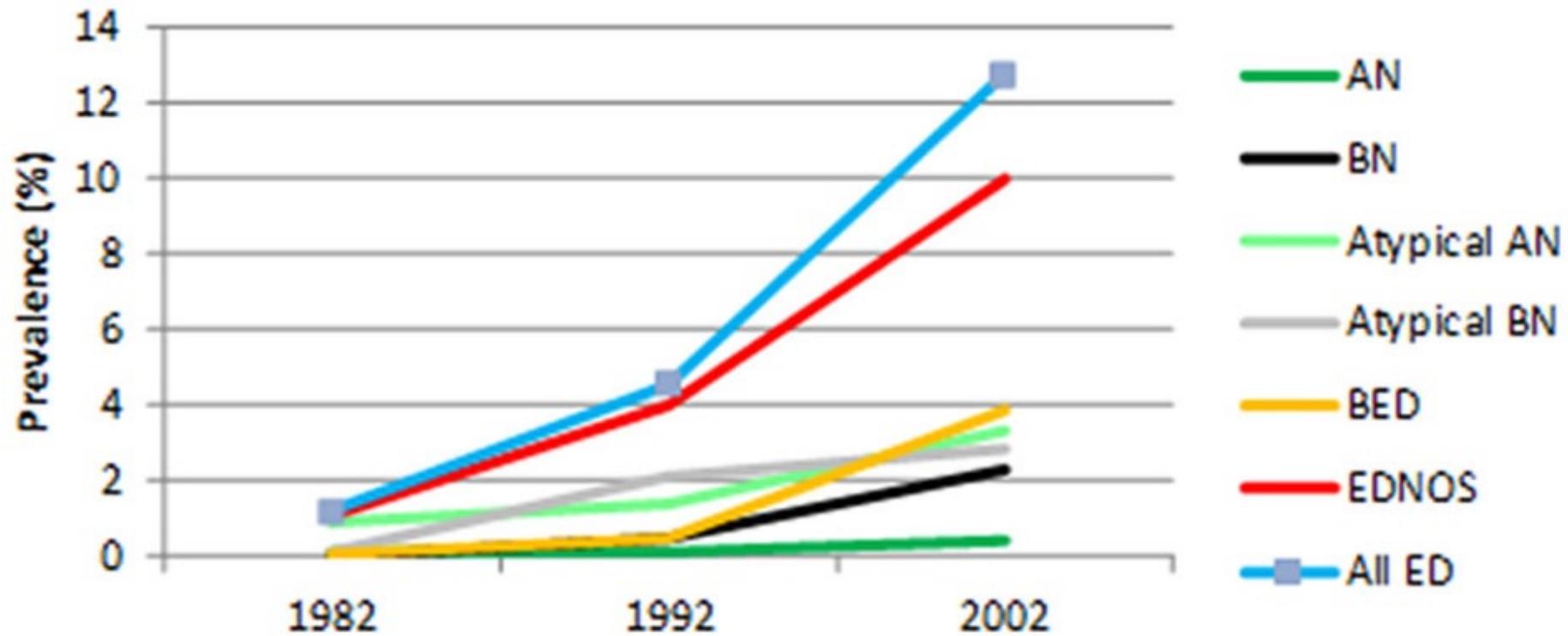
1 à 4,5 % de la population générale
sex ratio : 1H / 2 à 6 F

Autres TCA

(PICA, Mérycisme ..)
Plus rares

Epidémiologie

Evolution of prevalence of ED





L'anorexie mentale

Complications somatiques de l'AM

Rappel du contexte : L'anorexie mentale (AM)



- 1 à 2 % des femmes, âge du début 14-17 ans
- Critères diagnostiques DSM-5
- Restriction alimentaire « volontaire » pouvant entraîner :
 - Dénutrition pure et chronique et atteinte d'organes (foie, cœur, tube digestif)
 - Troubles métaboliques
 - Deux sous-types

AM restrictive pure ↔ AM avec conduites de purge

- Symptômes psychiatriques associés
 - Anxiété et dépression
 - Activité physique problématique

→ Impact sur la PEC et le pronostic

Morbi-mortalité

- Chronicisation et rechutes fréquentes
- Durée moyenne : **7 ans (QQ mois- toute la vie...)**
- **Mortalité** : la plus élevée de toutes les pathologies psychiatriques
 - SMR : 5,86* → 10,6 dans les unités de soins terciaires **
 - La mortalité la plus élevée de toutes les pathologies psychiatriques
- 5 à 7 % de décès par décade d'évolution:
 - 50 % dénutrition
 - 25 % cause indéterminée
 - 25 % suicide
- **Pas de traitement spécifique**
 - Traitement des comorbidités - Thérapies cognitivo-comprotementales

*Arcelus Jet al . Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. Arch Gen Psychiatry. juill 2011

**Huas C, et al. Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients. Acta Psychiatr Scand. janv 2011

AM : évolution

Dénis des malades
Dénis des soignants

Après
une prise en charge
spécifique

50 % ne
consulteront jamais

Le repérage précoce améliore le pronostic

50% Évolution
favorable

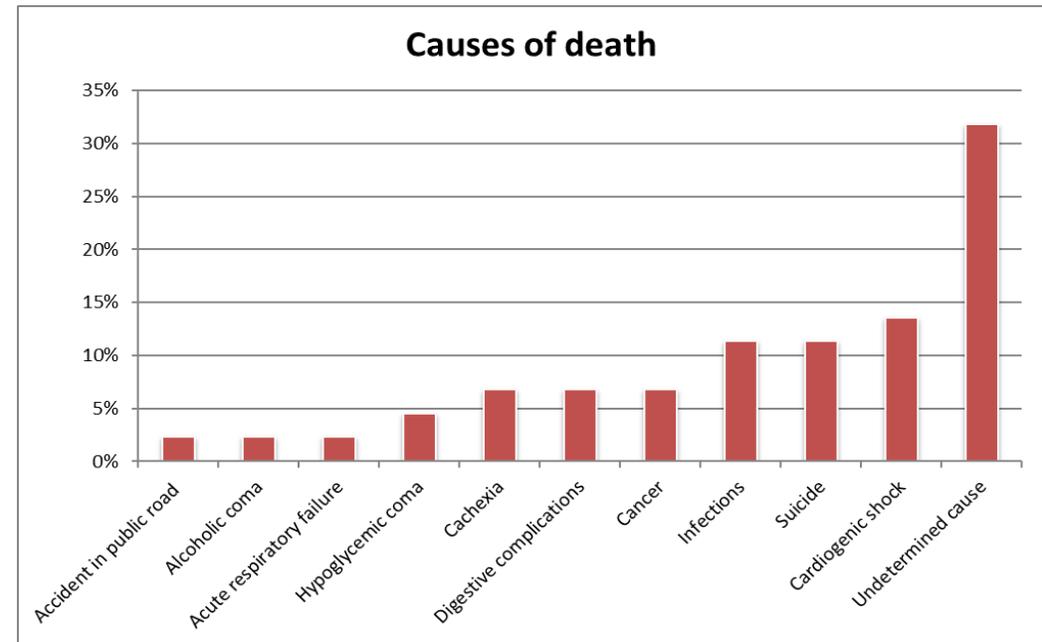
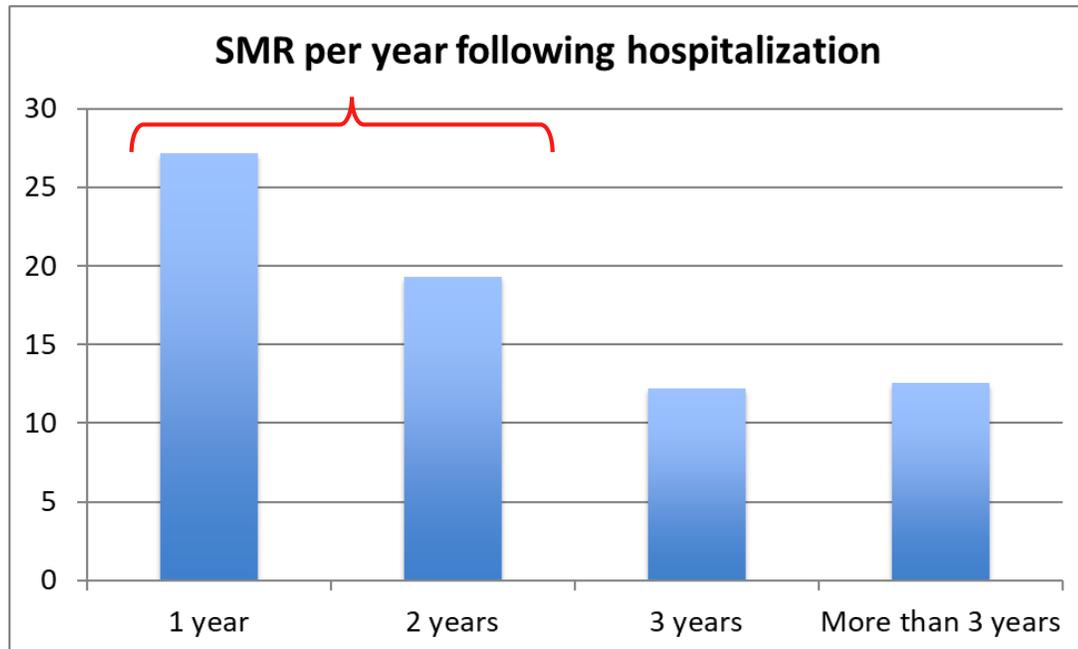
25% Intermédiaires
(persistance difficultés psychologiques)

25% Évolution
défavorable

Risques vitaux !

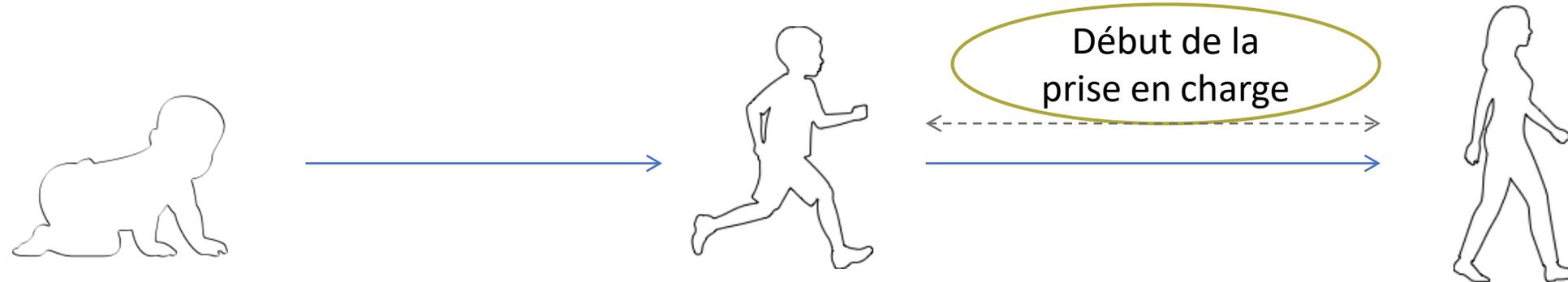
Mortalité dans la cohorte Garchoise

- Taux de mortalité brut : **11.5%** , SMR: **15,9** [CI 95% (11.6-21.4)]



L'anorexie mentale (AM)

- Pathologie ancienne¹
- Etiopathogénie complexe²



Facteurs prédisposant

Endogènes
génétiques

Facteurs déclenchant

Environnement
Événement de la vie

Facteurs pérennisant

Etat nutritionnel
Cristallisation des symptômes psychiques
Perturbation de l'axe intestin cerveau ?

Rupture de la symbiose hôte et MI ?

¹ G. Rimbeault C.Eliacheff . O Jacob 1996

³Gorwood et al, 2016

Conduites pathologiques associées

Stratégies de contrôle du poids

- Boulimie et ou vomissements
- Surconsommation de médicaments purgatifs
 - Laxatifs
 - Diurétiques (rares)
- Activité physique problématique
- Exposition au froid
- Potomanie
- Addictions : alcool, cannabis, drogues fortes

AM : traits sémiologiques

Hyper-investissement intellectuel
faible estime de soi
désinvestissement social

Déni des troubles

Symptômes anxieux et
dépressifs

Concentration progressive et
exclusive des intérêts sur la
nourriture



Perte de plasticité cérébrale: restriction
cognitive rigidité, obsessionalité,
pensées erronées

Dysmorphophobie peur
de grossir

Hyperactivité

Restriction
alimentaire

AM critères diagnostiques et sous-types

- **L'AM : critères diagnostiques DSM IVr / DSM 5**
 - Restriction alimentaire persistante conduisant à une perte pondérale significative
 - **Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros** ou la présence d'un comportement conduisant à une perte pondérale
 - **Altération de la perception du poids ou de son propre corps** ou déni de la gravité de la maigreur
 - Aménorrhée abandonnée pour le DSM 5
- **Deux types**
 - AM restrictive pure
 - AM avec conduites de purge : crises de boulimie et / ou vomissements et / ou prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements)

Anorexie Mentale : DG différentiel / associé

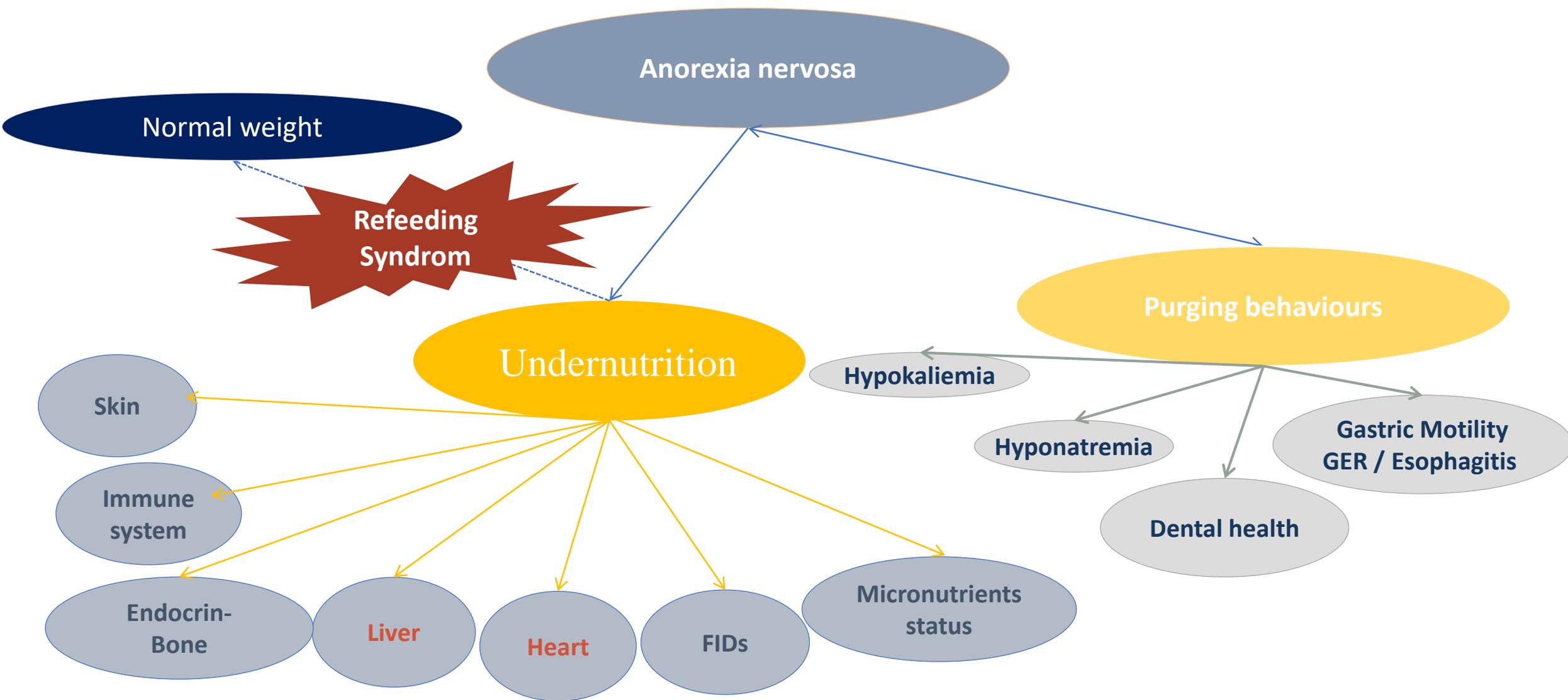
- Maladie cœliaque
- Maladie de Crohn
- Hyperthyroïdie
- Colopathie fonctionnelles et troubles de la motricité intestinale
- Diabète de type 1
- Diabète insipide frustré
- Rares cytopathies mitochondriales

:

Préoccupations cliniques du somaticien spécialiste des TCA

- Articuler les dimensions somatiques et psychiatrique des soins
- Fréquence et gravité des atteintes d'organes vitaux :
 - Cœur
 - **Foie**
 - **Troubles métaboliques**
- Le quotidien des Troubles Digestifs Fonctionnels :
 - **Retentissement somatique : douleurs, troubles du transit**
 - Retentissement psychique: anxiété, peur de la renutrition
 - Moindre efficacité de la renutrition
 - Risques infectieux rares mais graves ++++

Principales complications somatiques de l'AM



Complications de la dénutrition

Complications cardiaques

- **Diminution de la masse musculaire cardiaque**
 - Paramètres structuraux échographiques
 - Bradycardie, allongement du QT à l'ECG, risques de TR et de mort subite

Keys et al 1950

Campos-Ferrer C 2004

- **Atteinte de la fonction cardiaque**, démasquée à la renutrition avec l'augmentation de la volémie (FE<50%)
 - Si dénutrition sévère IMC<13
- **Dans notre cohorte**
 - 14% des patients présentent FEVG < 14%
 - Diminution de la masse cardiaque et des paramètres de structure
 - 30 % d'épanchements péricardiques

Atteintes hépatiques

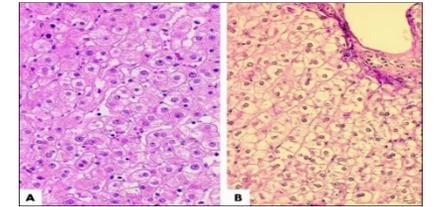
Formes habituelles

- Transaminases peu élevées (<10N)
- 4 à 52% des cas selon les séries
- De dénutrition ou à la renutrition
- Evolution favorable (quelques jours à quelques semaines)

Tsukamoto, Internal Médecine 2008
Fong, The Journal of Pediatrics 2008

Formes sévères

- Dénutrition (IMC <13) et IHA (TP < 50% + FctV)
- Transaminases entre **20 et 100 fois** (médiane 67 pour les ASAT, 56 pour les ALAT) la normale.
- **Hypoglycémie**
- Anomalies hémodynamiques cardiaques
- 100%: déplétion glycogénique hépatocytaire avec clarification des cellules



Rautou et al Gastroenterology 2009

- Evolution potentiellement défavorable

● **Conséquences de mécanismes adaptatifs hépatocytaires, visant par une autophagie cellulaire à procurer les AA Indispensables à la néoglucogénèse hépatique**

● **Lorsque ces mécanismes sont dépassés, apparaît l'hypertransaminasémie sévère avec défaillance hépatique**

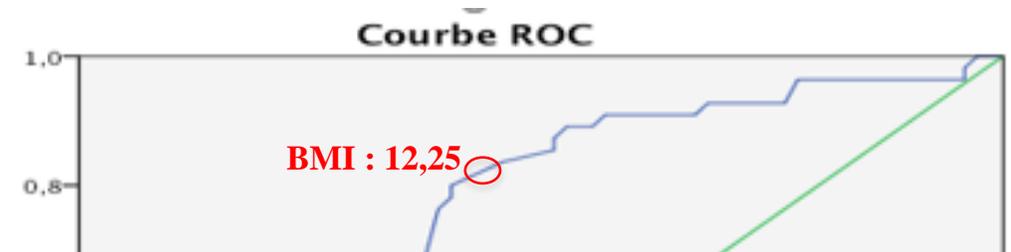
Atteintes hépatiques

Formes mineures

- Hypertransaminasémie modérée (<10N)
- Prevalence : 4 à 52%
- De dénutrition de ou renutrition
- Evolution favorable (several days to weeks)

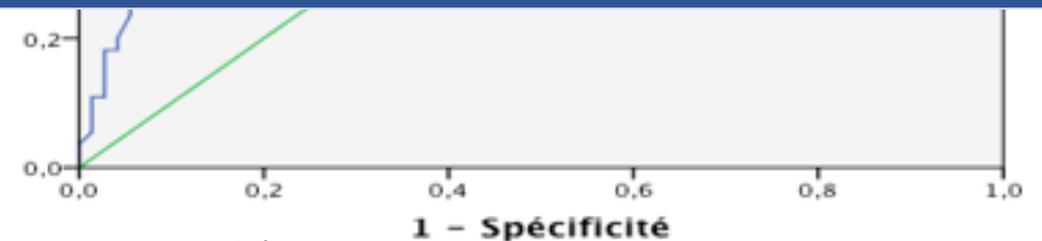
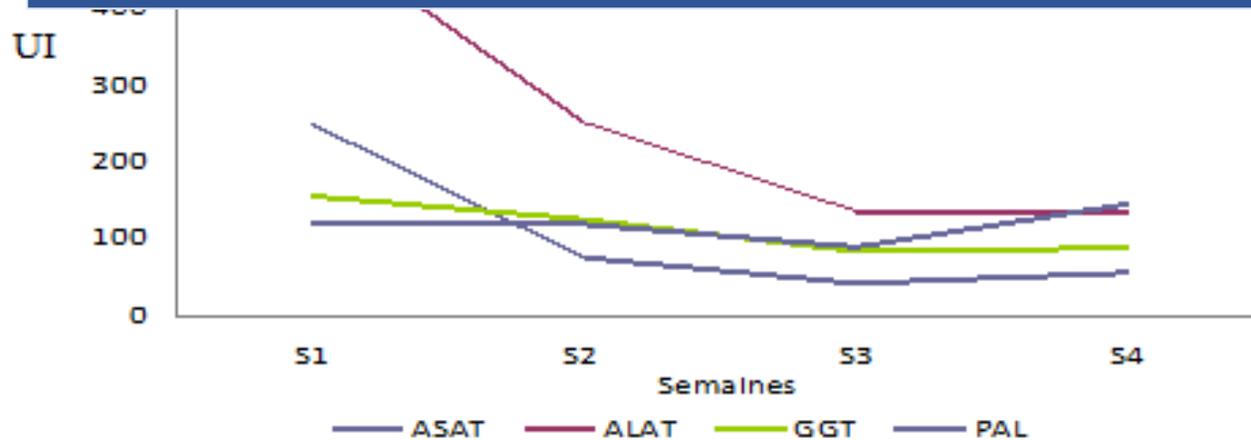
Formes sévères

- EN cas de dénutrition sévère



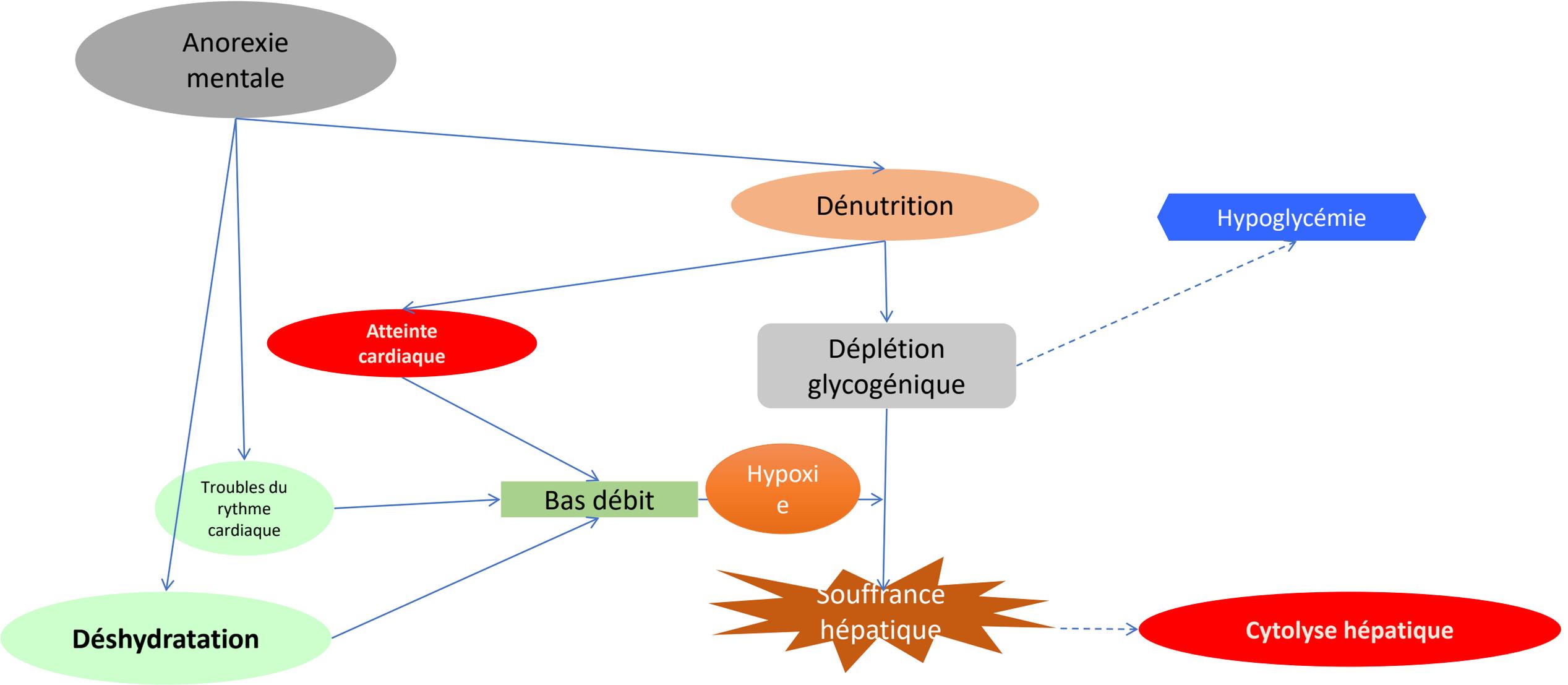
Conséquences de mécanismes adaptatifs hépatocytaires, visant par une autophagie cellulaire à procurer les AA Indispensables à la néoglucogénèse hépatique

Lorsque ces mécanismes sont dépassés, apparaît → hypertransaminasémie sévère avec défaillance hépatique

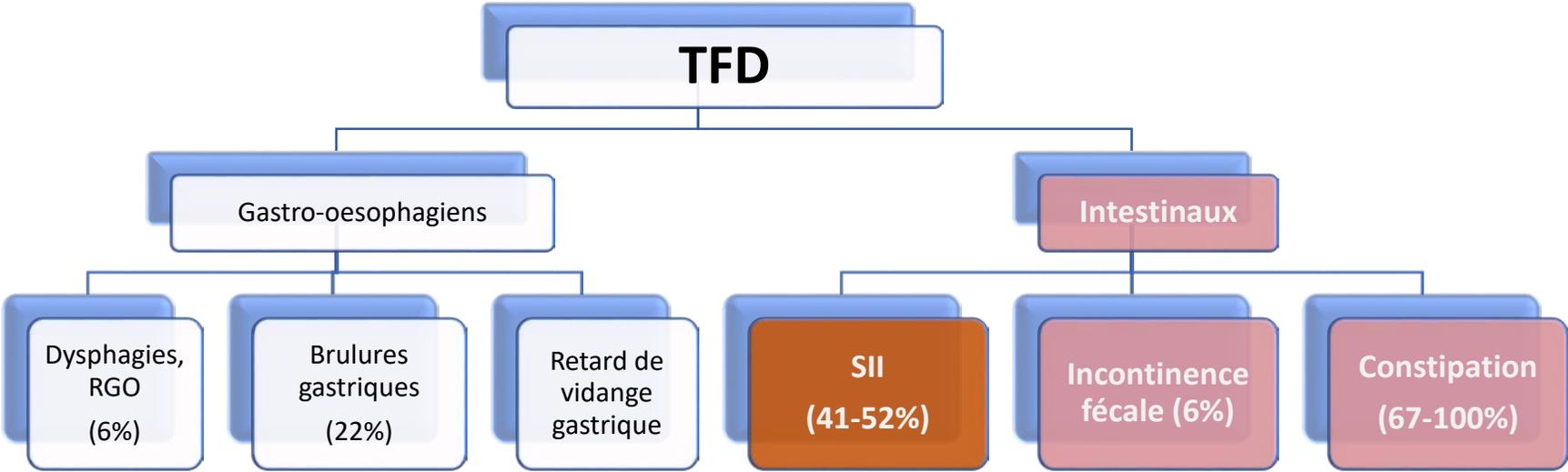


- AST and / or ALT : **20 -100 N.**
- Ice Hépatique TP , Fact V
- **Hypoglycemies**
- Mortalité : 2 %

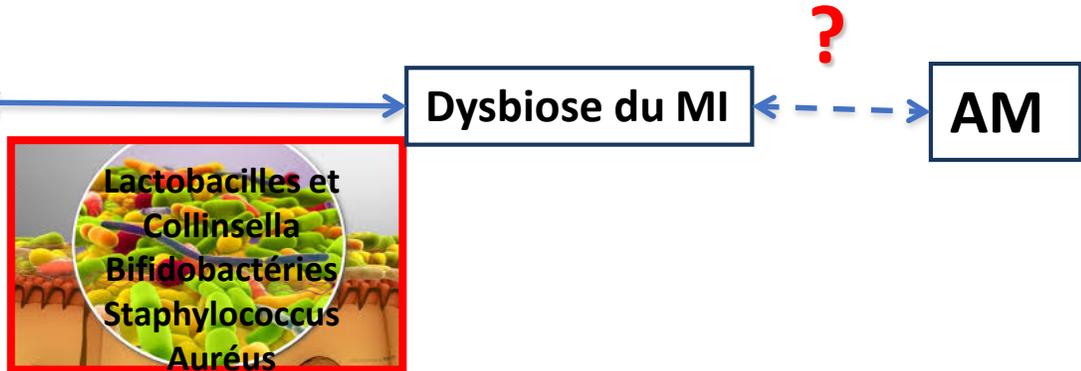
Hypothèses physiopathologiques des complications cardio-métaboliques et hépatiques



Troubles fonctionnels digestifs et AM



SII
Douleurs et un inconfort abdominal soulagé par la défécation
Altération de la consistance et de la fréquence des selles



Troubles du transit



Fréquents dans l'anorexie mentale, s'aggravent avec la dégradation de l'état nutritionnel
Hypotonie digestive, parfois conséquence du mésusage des laxatifs à visée purgative
Etre à l'écoute des plaintes des patients, prescription prudente des laxatifs

Les infections aiguës

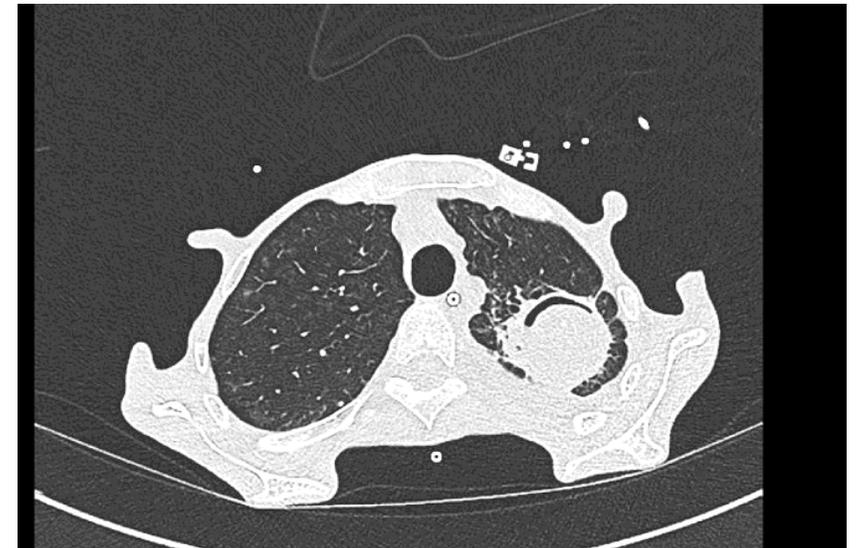
- Infections urinaires, pulmonaires, cutanées
- Le diagnostic est difficile car ces infections sont peu bruyantes à leur début
- L'évolution peut être **brutale**
- L'absence de fièvre et de syndrome inflammatoire biologique ne signe pas l'absence d'infection

Les infections chroniques

- Liées à l' **immunodépression** (lymphocytes $< 1000 /\text{mm}^3$)
- Infections chroniques aux **Mycobactéries atypiques**
 - Xenopi, Kansasii, Avium
- **Évolution lente**, paucisymptomatique, absence de fièvre constante +++
- CRP souvent normale, hypo alb \pm
- Découverte fortuite
- Rx pulmonaire systématique et TDM si symptôme

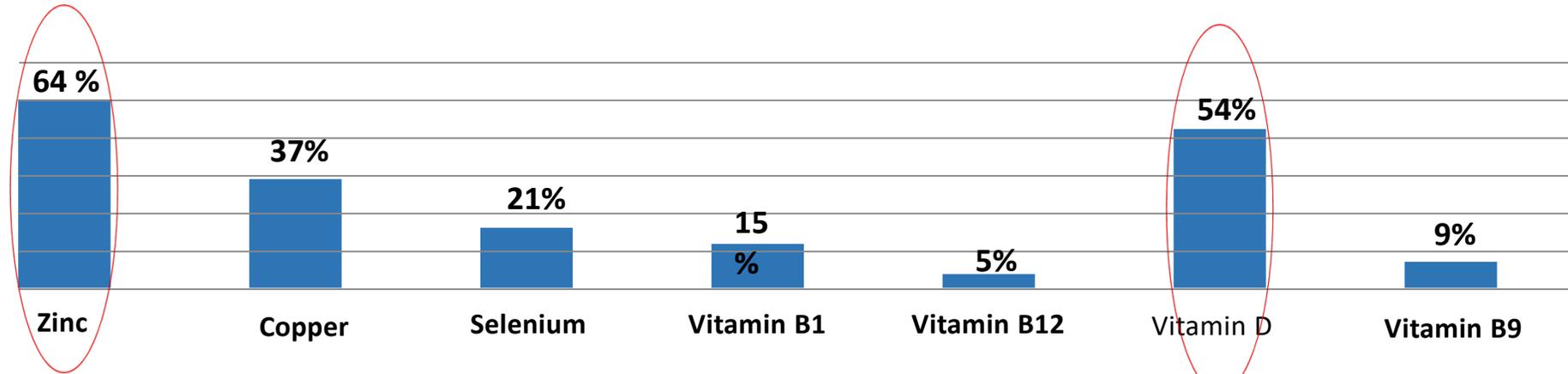


Infection pulmonaire à M Avium, 28 ans, IMC 11,3

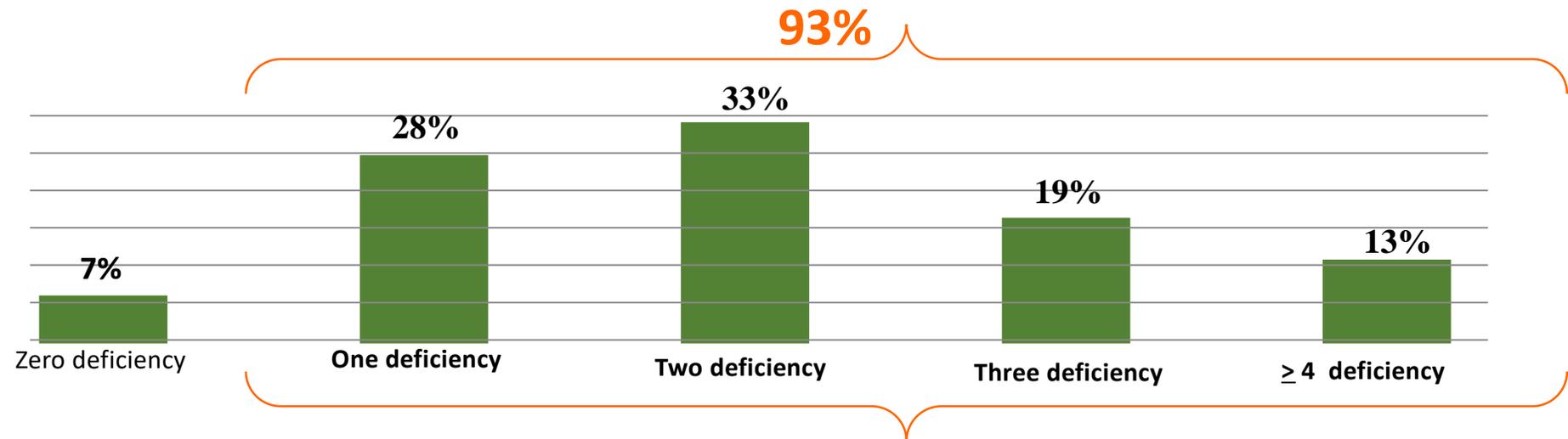


Aspergillose pulmonaire, 47 ans, IMC 9

Prévalence des déficits en micronutriments



Number of micronutrients deficiencies detected in AN patients



Baisse de la DMO et risque fracturaire

- Ostéopénie: 50 à 95% des cas
- Ostéoporose (trabéculaire>corticale): 25 à > 40% des cas
- Risque fracturaire x 7
- Peu de données chez le garçon, ostéoporose plus fréquente 70 %
- Facteurs de risque identifiés
 - Degré de dénutrition (IMC)
 - Age jeune du début de la maladie
 - longue évolution

Ostéoporose et AM

Prévention et traitement

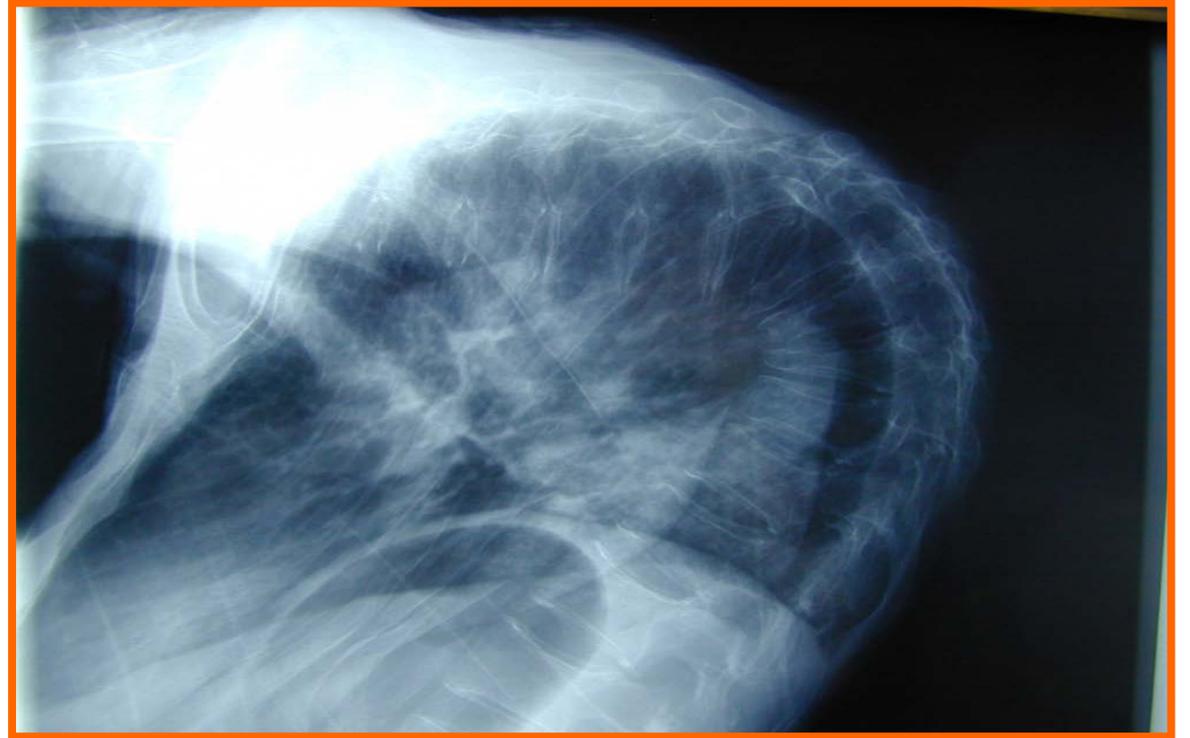
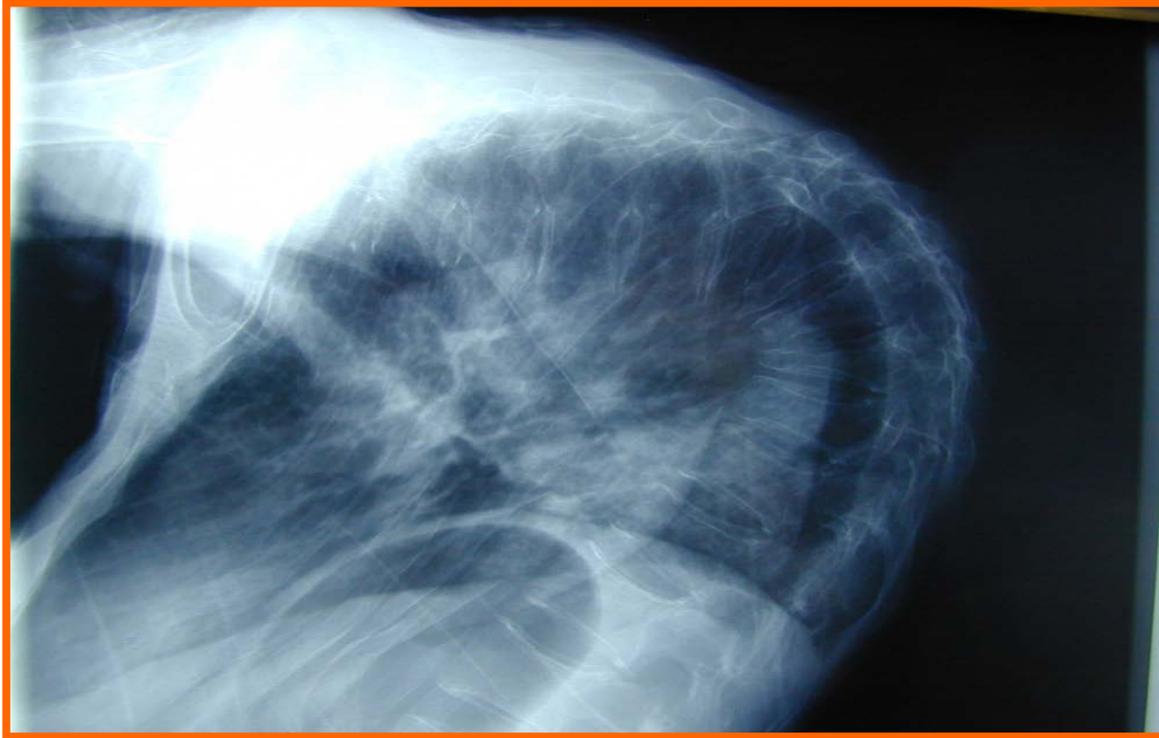
- ***Pas de consensus...***
 - **Substitution oestrogénique:**
 - Etudes controversées, bénéfice limité : transdermique chez adolescentes à doses physiologiques
 - **Biphosphonates:** effet bénéfique chez les adultes ?

Miller KK et al, 2011
 - **Gain pondéral:** n'est bénéfique que s'il entraîne un retour des règles

Mirsa M, 2008
 - **Apport calcique et en vitamine D :** pas de preuve d'efficacité

Soyka et al, 2002
 - **Activité physique:** effet bénéfique après retour à poids normal

Waugh EJ et al 2010
- **Recommandations HAS 2010:**
 - Ostéodensitométrie tous les deux ans
 - Pas de recommandations de traitement

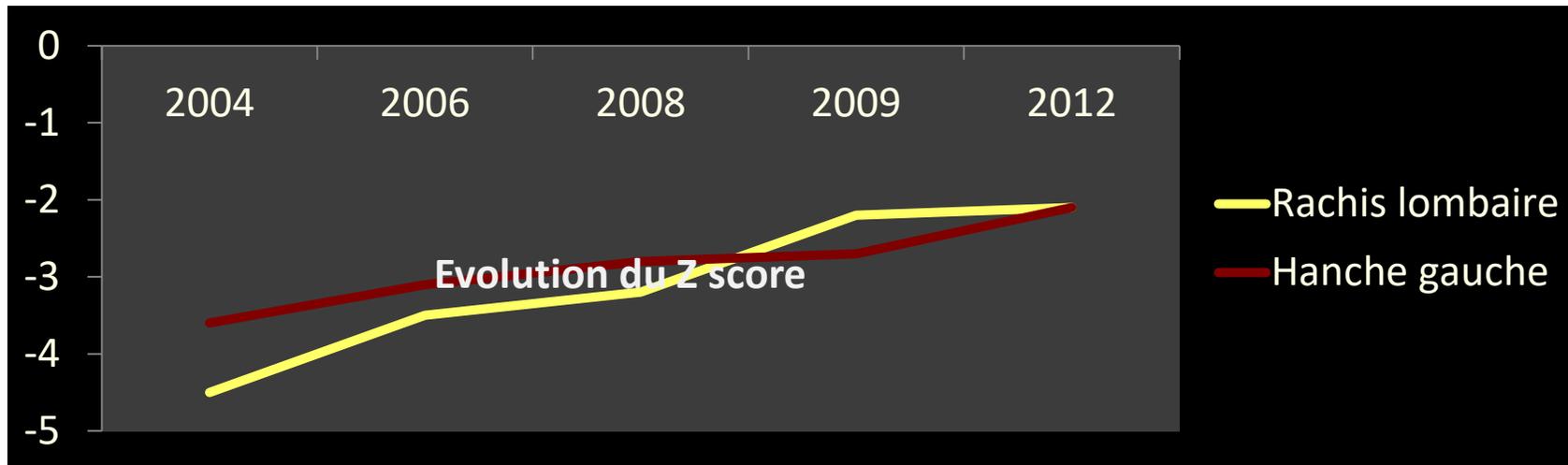
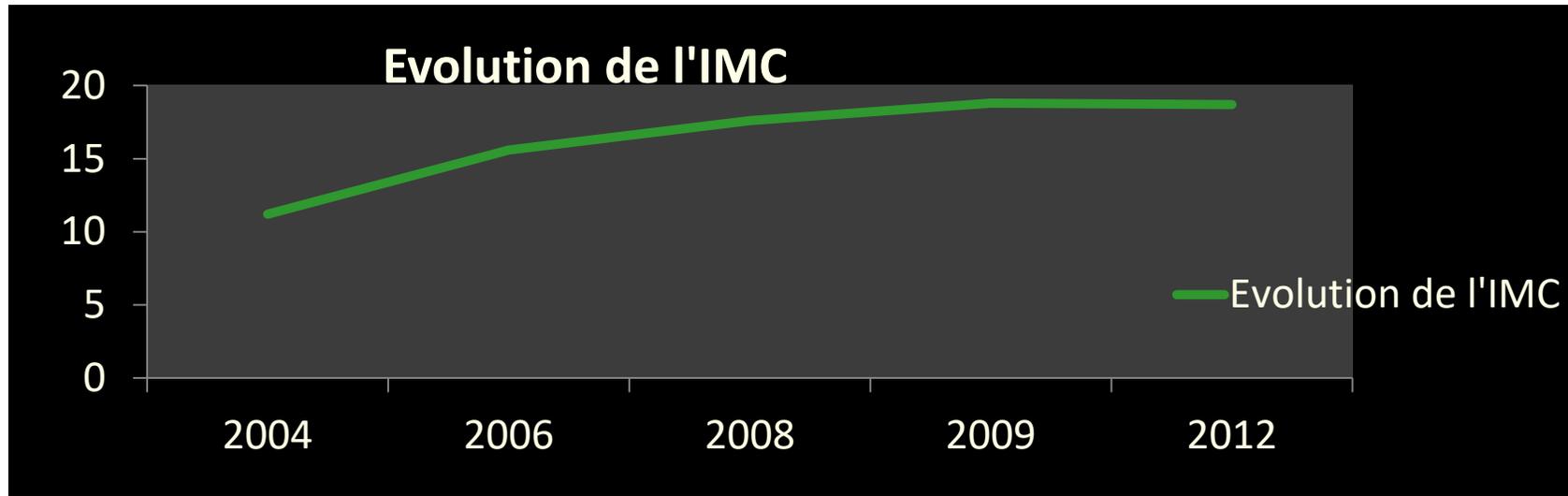


Patiente âgée de 48 ans, AM restrictive pure depuis l'âge de 13 ans

Aménorrhée secondaire depuis l'âge de 14 ans

Dénutrition sévère et chronique, peu de phases de rémission (IMC moyen: 14)

multiples tassements vertébraux, scoliose et syndrome restrictif pulmonaire

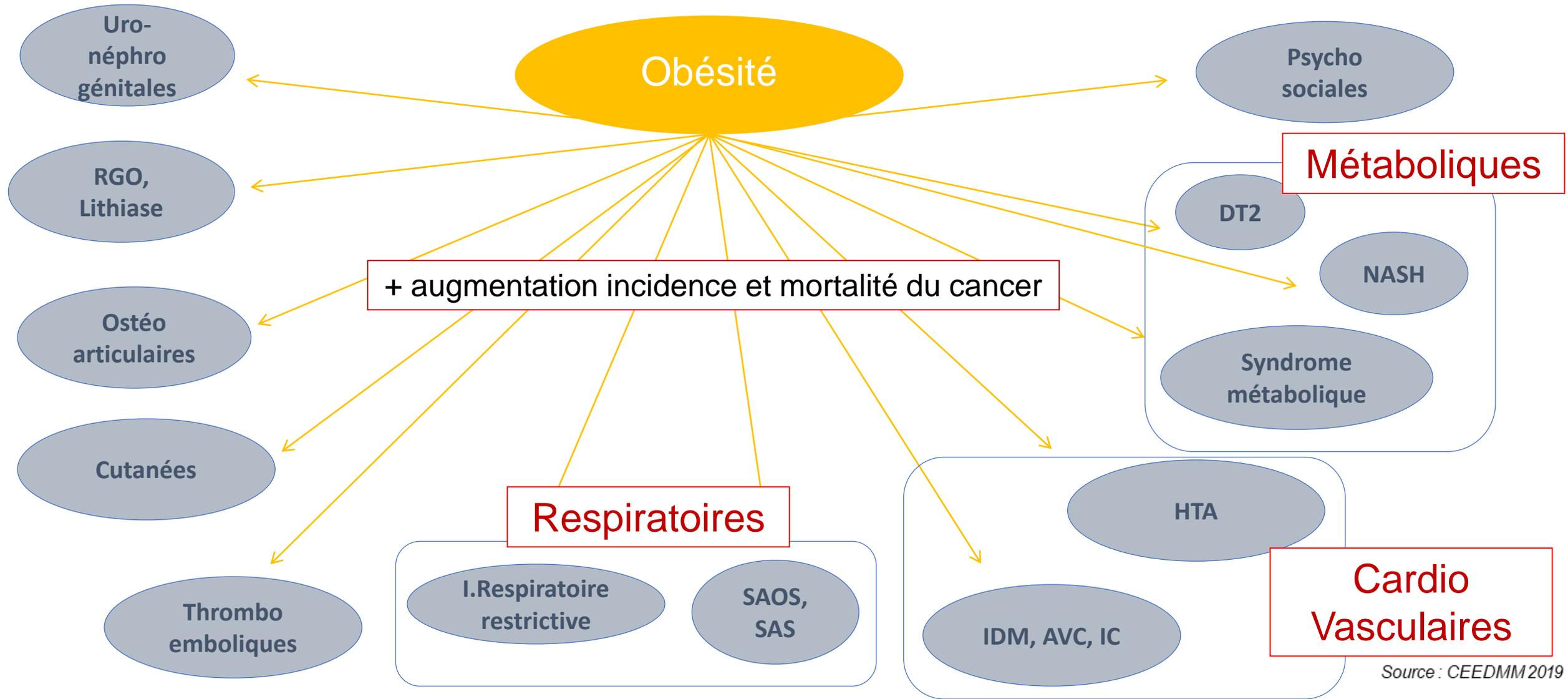


JF, 31 ans, AM depuis l'âge de 13 ans
Evolution de la DMO après reprise pondérale
et prescription de d'acide alendronique depuis 2004

Les troubles métaboliques : une réelle urgence

- C'est essentiellement **l'hypokaliémie** :
 - Secondaire aux vomissements (perte de chlore, de potassium et d'ions H⁺), entraînant une alcalose métabolique (CO₂ total augmenté).
 - Risque de troubles du rythme cardiaque (torsade de pointe) mortels+++
 - Peut être favorisée par l'utilisation de laxatifs et de diurétiques thiazidiques +++
- Ce peut-être l'hyponatrémie :
 - Secondaire à la potomanie (> 10 l/j), parfois liée aux vomissements
 - Peut entraîner coma et/ou convulsions
- **L'hypophosphorémie** est grave, souvent ignorée :
 - Latente pendant le jeûne, elle se démasque à la renutrition +++
 - Le phosphore doit toujours être dosé
- **L'hypoglycémie** symptomatique spontanée grave +++

Complications liées à l'obésité



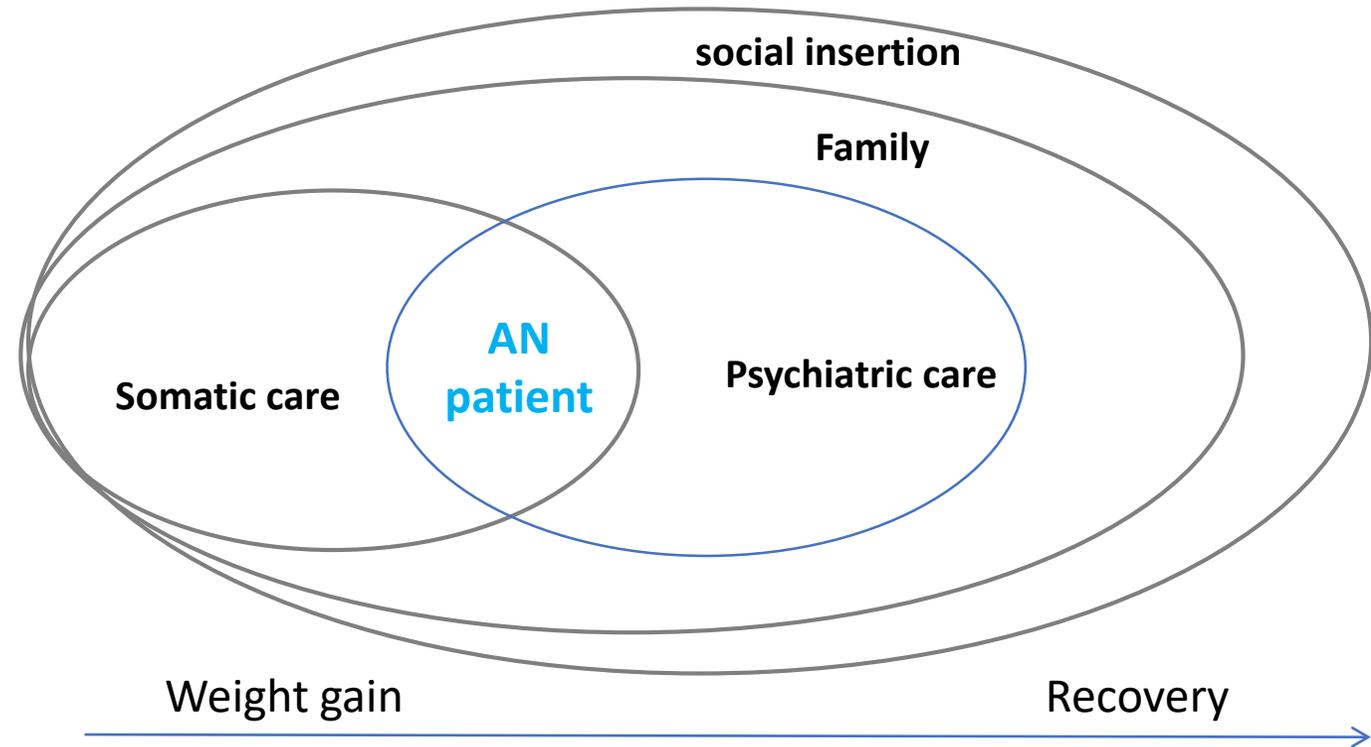
Prise en charge :

**Proposition d'un model de prise en charge
transdisciplinaire**

Prise en charge de l'AM

Transdisciplinarité dans les TCA

- Dans notre pratique, et face à des situations cliniques sévères répétées avec
 - Urgences somatiques et psychiatriques engageant le pronostic vital
 - Défi de soins et de PEC
 - Taux de mortalité élevé
- Peu de niveau de preuve sur la transdisciplinarité dans l'AM ou autres TCA
 - QQ articles dans les pathologies somatiques chroniques



➔ Construire une approche empirique interdisciplinaire des soins somatiques psychiatriques

Centre de référence pour la prise en charge de la malnutrition sévère et des complications somatiques chez les sujets présentant des TCA extrêmement sévère

Admission: 11.5 ± 4.1

Admission: 13 ± 2

Discharge ≥ 18.5

BMI



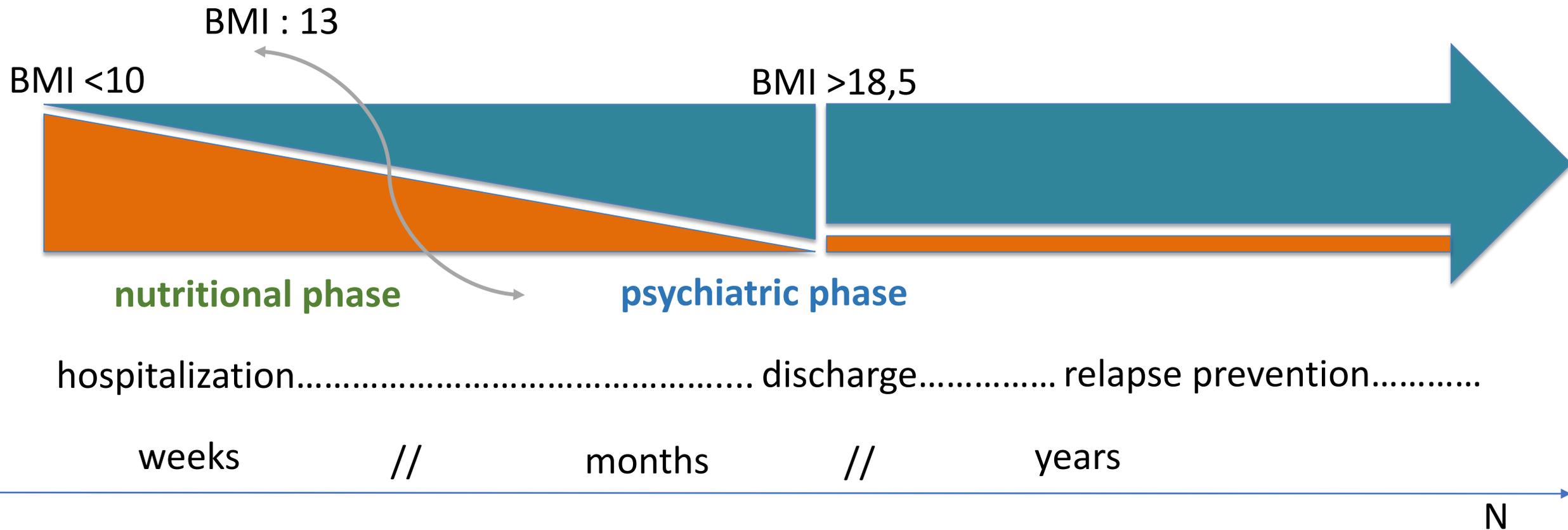
Nutrition Unit:

- 220 inpatients /year (174 new patients/year)
- Active cohort of 500 patients
- Length of stay : 23 days

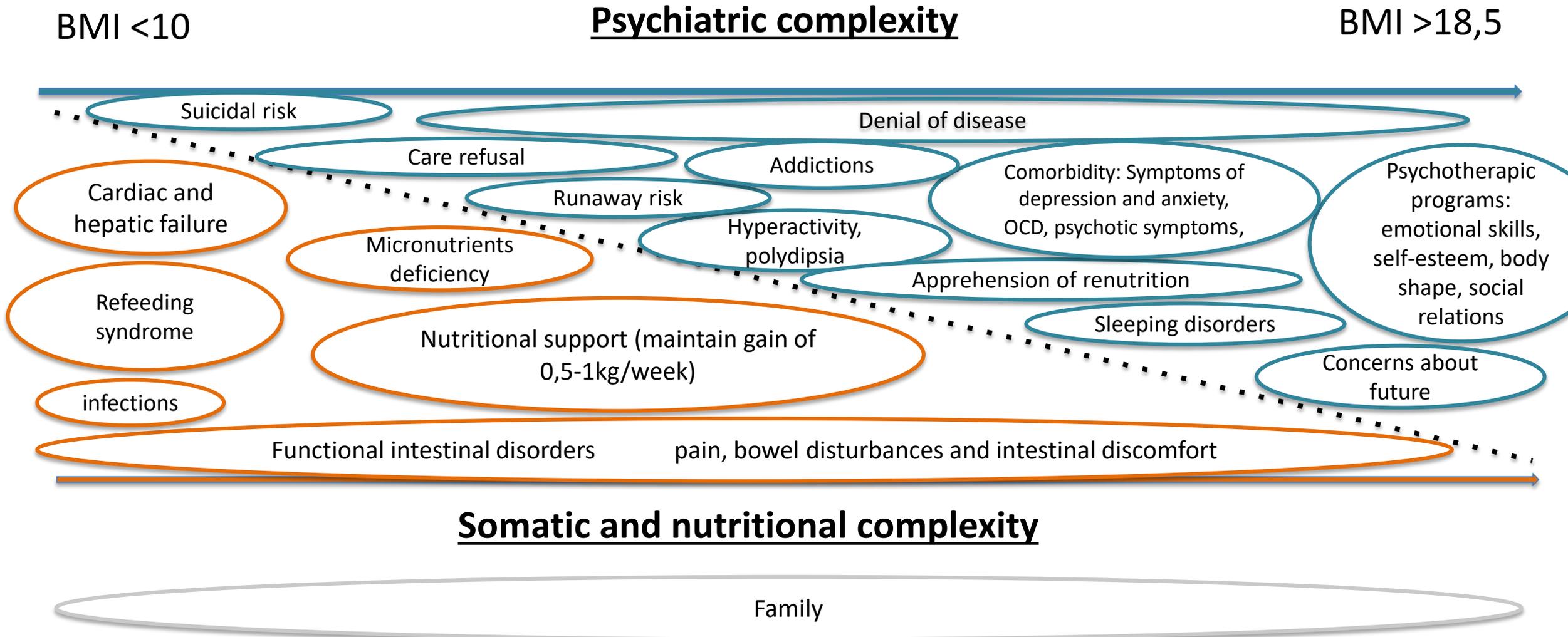
Psychiatric ED Unit :

- 350 admission for inpatients /year
- 1100 day-care hospitalization
- Active cohort of 170 patients
- Length of stay : from 2 days (monitoring for relapse prevention) , up to 1 year (long term care)

Temporality of somatic and psychiatric care



Articulation between somatic and psychiatric care



A l'admission du patient

- Evaluation multidisciplinaire pour l'identification des risques somatiques et psychiatriques
- Accueil et information de la famille
- First step of supportive therapy
- Programme de soins individualisé
 - Objectifs : poids, prise en charge des addictions
 - Moyens : assistance nutritionnelle...
 - Anticipation des modalités de sortie

Prise en charge **somatique** dans la phase **nutritionnelle**

Initial phase

- Intravenous supplementation of micronutrients and phosphorus
- Continuous progressive enteral feeding during the first 48 hours after admission
- ☹️ If at the first 24 hours (BMI <) 12 with hypophosphatemia: patients are fasted, supplemented on micronutrients and hydrated intravenously before the initiation of enteral nutrition, in order to avoid the occurrence of refeeding syndrome

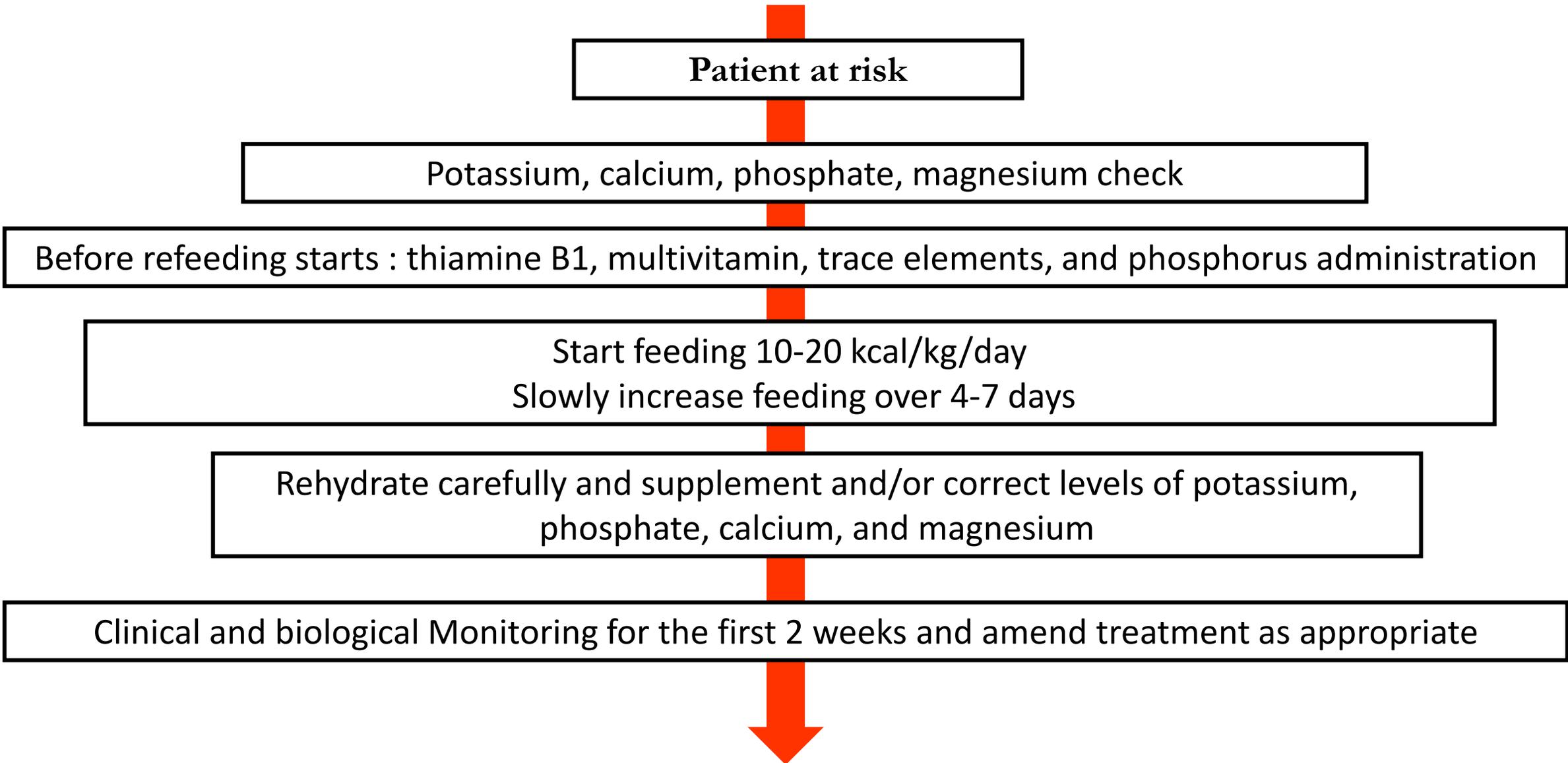
Secondary phase

- Oral nutrition was initiated gradually depending on the evolution

Prévention du syndrome de renutrition

Ensemble des perturbations (métaboliques et hormonales) pouvant survenir chez les patients dénutris à l'initiation de la renutrition orale ou artificielle (entérale / parentérale) dont le retentissement clinique peut être sévère

Preventing Refeeding syndrome



```
graph TD; A[Patient at risk] --> B[Potassium, calcium, phosphate, magnesium check]; B --> C[Before refeeding starts : thiamine B1, multivitamin, trace elements, and phosphorus administration]; C --> D[Start feeding 10-20 kcal/kg/day  
Slowly increase feeding over 4-7 days]; D --> E[Rehydrate carefully and supplement and/or correct levels of potassium, phosphate, calcium, and magnesium]; E --> F[Clinical and biological Monitoring for the first 2 weeks and amend treatment as appropriate]; F --> G[ ]; style G fill:none,stroke:none
```

Patient at risk

Potassium, calcium, phosphate, magnesium check

Before refeeding starts : thiamine B1, multivitamin, trace elements, and phosphorus administration

Start feeding 10-20 kcal/kg/day
Slowly increase feeding over 4-7 days

Rehydrate carefully and supplement and/or correct levels of potassium, phosphate, calcium, and magnesium

Clinical and biological Monitoring for the first 2 weeks and amend treatment as appropriate

Prise en charge Psychiatrique durant la phase nutritionnelle

- Antécédents médicaux et tentatives antérieures de PEC / résistances au traitement
- évaluation et gestion des risques: crise suicidaire, automutilation, agitation, refus de l'hospitalisation (hospitalisation obligatoire / départ contre avis médical)

Alliance thérapeutique pour soigner

Sensibilisation et réassurance

Prochaines étapes de soins

- apprenension de la renutrition, de la prise de poids, des modifications corporelles
- comportement alimentaire, activité physique inappropriée
- famille

Prise en charge **nutritionnelle** dans la phase psychiatrique

- Rétablir l'état nutritionnel normal: $IMC \geq 18,5$
- Maintenir une cinétique de gain pondéral raisonnable (0,5 à 1 kg / S)
- Stabiliser le poids normal pour une longue durée
- Élaborer une stratégie efficace contre les comportements de purge
- Continuer à surveiller et à traiter les complications somatiques: carences, aménorrhée, ostéoporose...
- Gérer la transition de la nutrition entérale à vers une alimentation orale
- Travailler sur la capacité de faire face à toutes sortes de situations alimentaires habituelles dans la vie quotidienne
- L'équilibre entre les préoccupations nutritionnelles et l'augmentation de l'activité physique hédonique
- Aidez la famille à gérer les repas

Prise en charge psychiatrique dans la phase psychiatrique

Objectifs et moyens

- La rémission comme objectif
- Alliance thérapeutique
- Traiter les comorbidités
- Traiter l'addiction au contrôle
- Comportements alimentaires et cognitions
- Donner des outils de gestion émotionnelle
- Aide pour la prise de poids et les changements de corps
- Moduler l'activité physique
- Préparer les prochaines étapes pour la gestion quotidienne des symptômes



Traitement multifocal

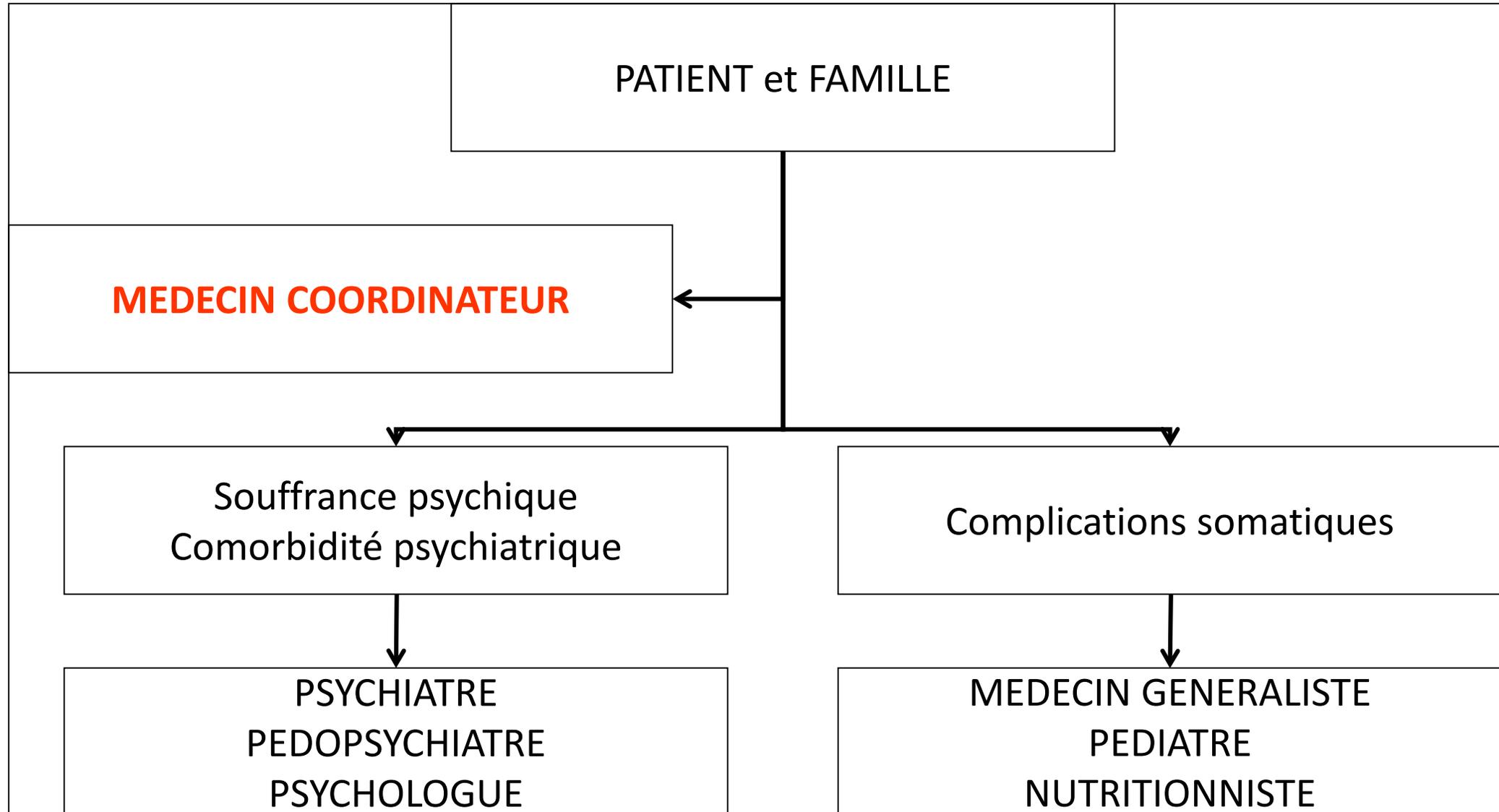
- Comportement alimentaire
- Thérapie de soutien
- Thérapie cognitivo-comportementale et de remédiation
- Entretiens familiaux
- Thérapie systémique
- Thérapie de groupe
- Ergothérapie
- Photographie et image du corps
- Psycho-motricité
- Activité physique adaptée
- Médiation thérapeutique par les animaux

Transdisciplinarité

A toutes les étapes de la prise en charge , ... mais dans quel objectif?

- Améliorer les soins médicaux
 - promouvoir un meilleur accès et une entrée précoce dans les soins
 - évaluer et gérer la double urgence (somatique / psychiatrique)
 - favoriser l'alliance thérapeutique (déli fréquent au début des soins)
- Soins continus jusqu'à la récupération
- Coworking et soutien réciproque entre les équipes somatiques et psychiatriques
- Plus grandes possibilités de soins pour les patients présentant des comorbidités somatiques / psychiatriques
- Possibilité d'hospitalisation libre ou en soins contraints en cas d'urgence vitale et de refus de soins

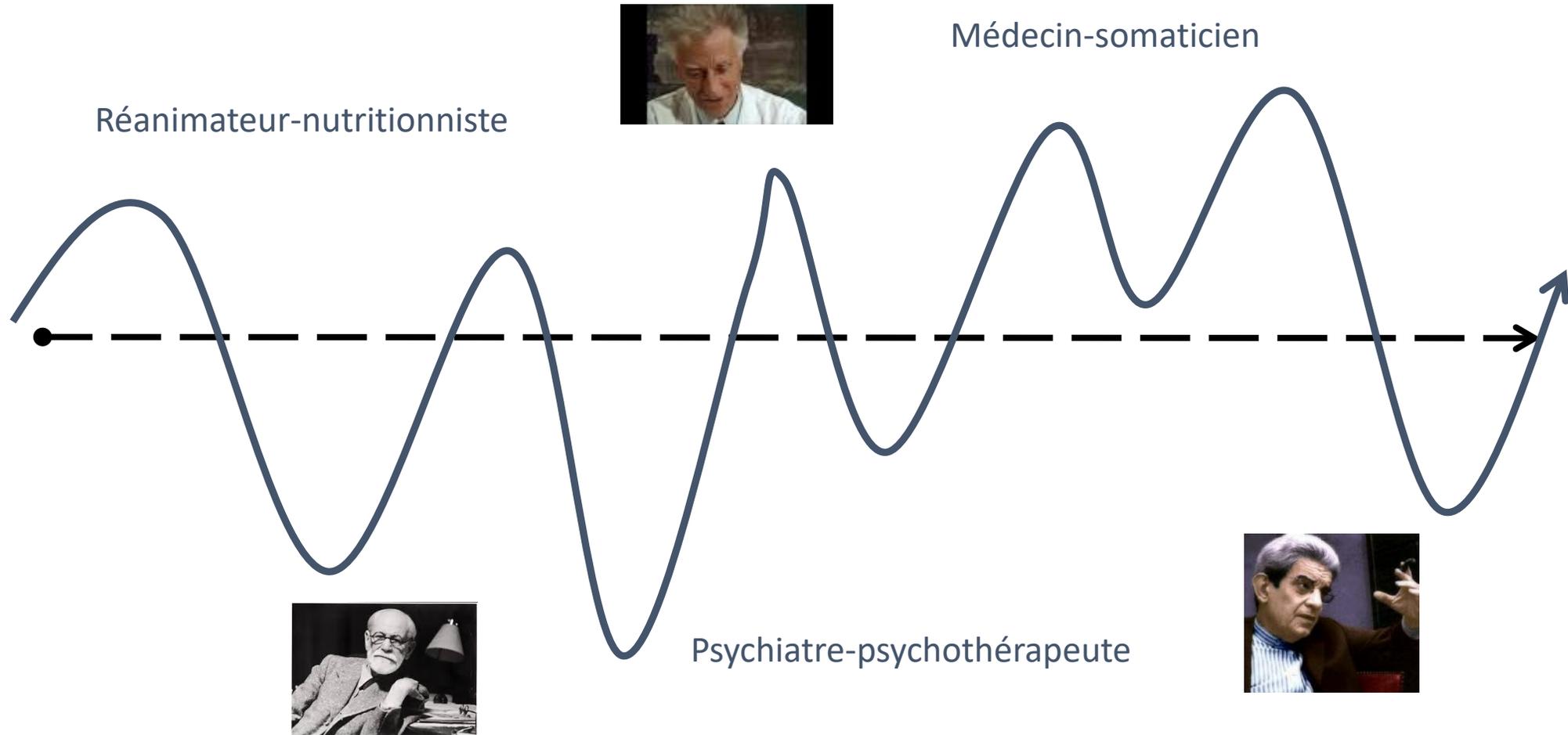
La prise en charge ambulatoire : Multidisciplinaire et coordonnée (Recommandations HAS 2010)



Les bases d'un traitement possible

- Travailler le déni
- Infléchir le refus de soins
- Elaborer la liberté du consentement aux soins
- Construire l'alliance thérapeutique

Parcours de l'anorexie vers la guérison



Traitement nutritionnel ambulatoire « d'attente »

- Limiter l'aggravation de la dénutrition
- Gagner du temps pour construire « l'alliance thérapeutique » ou trouver une sortie...
- Vitaminothérapie: **vitamines du groupe B** ou polyviamines (Bevitine, Benerva, Alvityl)
- Apport de phosphore (**Phosphoneuros**)
- Complémentation orale (Proten +, Clinutren HP énergie etc...) 20 g protéines, 250-300 kcal

Les traitements nutritionnels dans les TCA

- **Repas thérapeutiques** : c'est en fait une approche psycho-comportementale
- **Traitement des troubles métaboliques** : le plus souvent IV, c'est fréquemment une urgence
- **Traitement de la dénutrition** : l'assistance nutritionnelle

L'assistance nutritionnelle dans l'anorexie restrictive

La **nutrition parentérale** n'a aucune place même en cas de vomissements. (malgré Diamanti et al., 2008)

La **complémentation orale** n'a qu'une place limitée, le plus souvent en situation d'attente d'une hospitalisation.

La **nutrition entérale** est la seule approche qui présente un intérêt.

La nutrition entérale doit être réalisée en milieu hospitalier, la place éventuelle du domicile est encore confidentielle et expérimentale.

Place et indications de la nutrition entérale dans les TCA

- **Dans l'anorexie restrictive :**

- En cas de **stagnation du poids** malgré une prise en charge ambulatoire psychothérapeutique adaptée de plusieurs mois.
- Après **échec** d'une réalimentation orale en **Psychiatrie**.
- En cas de **dénutrition grave** mettant en jeu le pronostic vital.
- Hypoglycémies symptomatiques

- **Dans l'anorexie boulimie :**

- Programme de déconditionnement des vomissements par la nutrition entérale exclusive.

Approche thérapeutique selon l'IMC

IMC	Quelle approche	Où ?
17 à 19	Travail sur le déni des troubles, l'élaboration d'une alliance thérapeutique	Ambulatoire: Méd. Généraliste et Psychothérapeute (analytique)
15 à 17	Prise en charge psychiatrique et nutritionnelle	Ambulatoire avec élaboration d'un projet thérapeutique structuré
13 à 15	Réalimentation orale encadrée avec objectifs d'étape à très court terme	Hospitalisation souhaitable, plutôt en psychiatrie spécialisée
11 à 13	Renutrition très prudente (risque de R.S.)	Hospitalisation, plutôt en milieu M.C.O.
<u>+</u> 10	Nutrition entérale exclusive prudente SPDT si besoin	Hospitalisation en réanimation nutritionnelle spécialisée

En conclusion

- Double problématique psychiatrique et somatique
- PEC multidisciplinaire
- Une bonne connaissance des complications somatiques permet leur prévention et une PEC rapide et adéquate
- La rémission doit être et rester l'objectif des soignants (retour à un poids normal)
- **Maladie curable...**
- Soins contraints à envisager si danger vital à court terme
- Transdisciplinarité indispensable dans les formes sévères

Prise en charge de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique

- Prise en charge précoce pour un meilleur est le pronostic.
- La prise en charge est d'emblée pluridisciplinaire, coordonnée entre les différents intervenants, adaptée à l'âge du patient et à l'intensité de ses troubles
- Alliance thérapeutique il est prioritaire d'instaurer une relation de qualité entre le professionnel, le patient et aussi souvent que possible l'entourage, y compris chez les adultes.
- Objectif des soins : arrêt des crises, avec des objectifs thérapeutiques plus larges comprenant une dimension somatique, psychologique, sociale et relationnelle.
- Il est préférable que la famille soit impliquée dans la prise en charge.

Score de SCOFF-F

- 1) Vous faites vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein ?
- 2) Etes vous inquiet(e) d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?
- 3) Avez vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois ?
- 4) Vous trouvez-vous gros(se) alors que même les autres disent que vous êtes trop mince ?
- 5) Diriez vous que la nourriture domine votre vie?

- Test de dépistage TCA
 - Spécificité et sensibilité
 - 95% en population étudiante
 - 85 et 90% en médecine générale
 - Boulimie nerveuse/anorexie mentale
- Score positif ≥ 2

ANOREXIE - BOULIMIE ?!

Info Écoute

0 810 037 037*

Service anonyme. *Prix d'un appel local + 0,06€ la min

Une ligne téléphonique

pour les patients, familles, proches et professionnels...

“entre 16h00 et 18h00, des spécialistes des troubles des conduites alimentaires répondent à vos questions”

 Psychologues  LUNDI	 Associations, de familles et d'usagers  MARDI
 Médecins  JEUDI	 Ensemble des spécialistes en alternance  VENDREDI

Conception, réalisation et impression : ANTF Paris - 01 53 84 20 20

 RÉSEAU TCA FRANCILIEN www.reseautca-idf.org	 FFAB Fédération Française Anorexie-Boulimie French Federation Anorexia Bulimia www.ffab.fr	 mgen GROUPE vvv	 Région Île de France
 FNA-TCA Fédération Française Anorexie-Boulimie www.fna-tca.org	 ars Agence Régionale de Santé Île-de-France	 Fondation de France	 Assurance Maladie

• **Recommandations HAS 2019**

Boulimie et hyperphagie boulimique :

Repérage et éléments généraux de prise en charge

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

• **Recommandation HAS 2010 :**

Anorexie mentale : prise en charge

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

Ligne téléphonique Nutrition-Dénutrition TCA conseils :

06 09 42 35 07

Vendredi 9 décembre 2022
de 9h à 17h15

Auditorium Guy Meyer
Hôpital Européen Georges Pompidou (Paris 15)



08h30 – 09h00

Accueil café

09h00 – 09h15

Ouverture de la journée

D^{re} Mouna HANACHI, Nutritionniste, CHU Paul Brousse (AP-HP), Villejuif et
Présidente du Réseau TCA Francilien

MATINÉE

« Définition de l'hyperphagie boulimique »

Modératrices : P^{re} Nathalie GODART, pédopsychiatre, FSEF (Paris) et P^{re} Claire
CARETTE, nutritionniste, HEGP AP-HP (Paris)

09h15 – 09h45

- « Définition, dépistage, complications et comorbidités de l'hyperphagie boulimique »
P^r Sébastien GUILLAUME, Psychiatre, CHU Lapeyronie, Montpellier

09h45 – 10h15

- « Obésité et hyperphagie boulimique : une épidémiologie croisée ? »
D^{re} Claire RIVES-LANGE, médecin, Hôpital Européen Georges Pompidou
(AP-HP), Paris

10h15 – 10h45

Pause

10h45 – 11h15

- « Conduites hyperphagiques en milieu pédiatrique : est-ce un TCA ? »
P^{re} Chantal STHENEUR, Pédiatre, Clinique FSEF, Paris

11h15 – 11h45

- « Repérage et diagnostic dans les situations d'obésité »
M^{me} Cécile SÉRON, Diététicienne, Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le
Surpoids (GROS), Paris

11h45 – 12h15

Échanges avec l'assistance

12h15 – 14h00

Déjeuner libre

APRÈS-MIDI

« Parcours de soins et approches thérapeutiques »

Modérateurs : D^r Damien RINGUENET, Psychiatre, CHU Paul Brousse (AP-HP),
Villejuif et P^r Jean-Michel OPPERT, Nutritionniste, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière
(AP-HP), Paris

14h00 – 14h30

- « Point de vue des usagers »
M^{me} Anne-Sophie JOLY, Présidente du Collectif National des Associations
d'Obèses (CNAO), Puteaux