



DESC

Troubles liés à l'usage de cannabis et cocaïne,
addictions comportementales

Clinique des TCA Anorexie mentale Boulimie

Damien RINGUENET

Formes cliniques

- **Anorexie**
 - Anorexie volontaire, Amaigrissement, Aménorrhée
- **Boulimie**
 - Episodes d'hyperphagie rapide répétés
 - Désir intense de nourriture
 - Neutralisation de la prise de poids
 - Perception de soi comme étant en surpoids
- **Hyperphagie boulimique = Binge eating disorder**
 - Différence avec la boulimie : non control du poids (obésité)
 - Etalement de la consommation alimentaire sur la journée
- **Hyperphagie nocturne = Night eating syndrome**
 - Hyperphagie nocturne : 60% des apports caloriques des 24 heures entre 20h et 6h
 - Insomnie d'endormissement, réveils multiples
- **Syndrome du yo-yo**
- **Pica, nourrisson, forme prépubère, forme masculine**

Classification CIM-10

F50. 0 à 9

- F50-0 Anorexie mentale
- F50-1 Anorexie mentale atypique
- F50-2 Boulimie (bulimia nervosa)
- F50-3 Boulimie atypique
- F50-4 Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques
- F50-5 Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques
- F50-8 Autres troubles de l'alimentation
- F50-9 Trouble de l'alimentation, sans précision

Classification DSM-5

- **DSM-IV** : anorexie, boulimie, EDNOS
 - Nombreux patients n'entrent pas dans les critères
- **DSM-V** :
- Ajouter : hyperphagie, syndrome d'hyperphagie nocturne
- Modifie les critères existants du DSM-IV :
 - Elimination de critères requis tel que l'aménorrhée pour l'anorexie
 - Réduction de la fréquence des crises de boulimies passant de deux fois par semaine dans les trois derniers mois à une fois par semaine
 - Reconnaissance formelle de l'hyperphagie boulimique
 - catégorie de Conditions Classées Nulle Part Ailleurs pour remplacer les EDNOS
 - Niveaux de gravité

ANOREXIE MENTALE



Isabelle Caro, 26 ans, anorexique depuis l'âge de 13 ans, 32 kilos
Décédée en 2010

Fashion Week de Milan : campagne dénonçant l'anorexie chez les
top-models

Épidémiologie

- ▶ Populations à risque : adolescentes, jeunes femmes, mannequins, danseurs et sportifs (disciplines esthétiques ou à catégorie de poids)
- ▶ Prévalence d'environ 1 % avec sexe ratio de 9 filles pour 1 garçon
- ▶ Début des troubles entre 15 et 25 ans dans 90% des cas
- ▶ Evolution : guérison 50 %, rémission partielle 30 %, chronicisation et aggravation 20 %
- ▶ Taux de rechute : 30 à 50 % dans l'année qui suit une hospitalisation
- ▶ Mortalité : une des plus élevées des troubles mentaux, jusqu'à 10 % après 10 ans d'évolution

Mode de début

- **Régime restrictif** pour un surpoids réel ou imaginaire
- **Circonstance de séparation :**
 - Eloignement du domicile (études)
 - Séjour à l'étranger
 - Départ, disparition d'un proche
 - Rupture sentimentale
- **Mieux être lié à l'amaigrissement**
 - Valorisation sociale (perte de rondeurs)
 - Confiance en soi
 - Euphorie, hyperactivité physique/ intellectuelle

Quand cela peut basculer...

- « Limite interne efficace » :

- Le poids est atteint
- Les mauvaises habitudes corrigées
- Le mieux être est suffisant...

- *Insatisfaction corporelle*
- *Mauvais repères alimentaires*
- *Souffrance psychologique*
- *Perfectionnisme...*

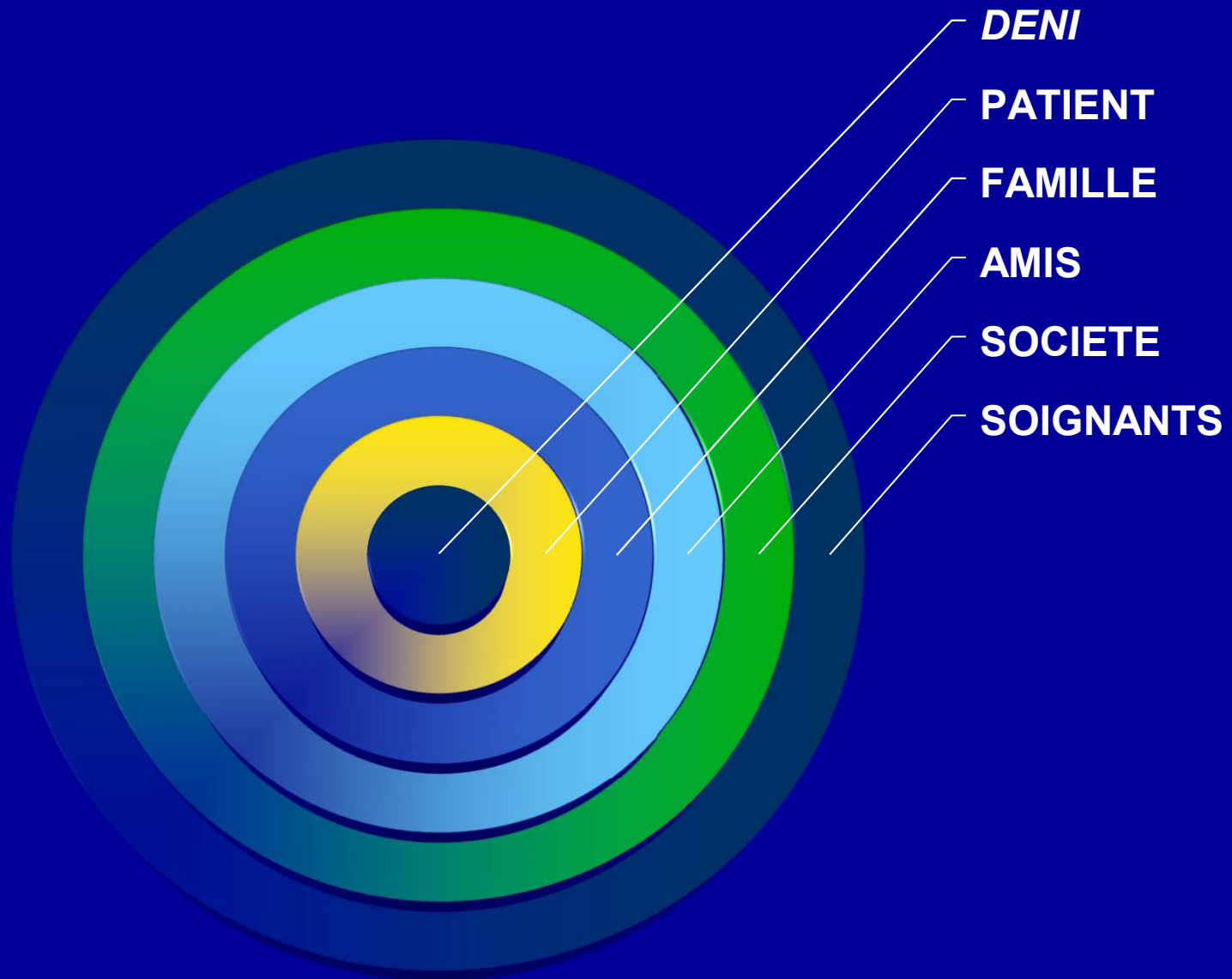
- « Limite externe efficace »

- Message de prévention primaire
- Réaction de la famille, entourage
- Réaction des « soignants »...

- *Valorisation des TCA*
- *Absence de réaction de la famille*
- *Absence de réaction des soignants*
- *Angoisses de séparation*

La phase d'installation...

- Idées fixes sur le poids, les aliments, les calories
- Lutte contre la sensation de faim
- Perte progressive du control alimentaire :
 - RITUALISATION : RESTRICTION / EVICTION
 - Crises de BOULIMIE
- Comportements compensatoires de la prise de poids : vomissements, jeûne, médicaments, exercice physique
- Perturbation de l'image corporelle (dysmorphophobie / dysmorphesthésie) : obsession et peur de prendre du poids
- ISOLEMENT : évitement des situations sociales



Fonctionnement familial

- Non perception familiale : **aggravation**
- Perception familiale inadaptée : **aggravation**
 - RECHERCHE D'UNE CAUSE **SOMATIQUE**
 - RECHERCHE D'UNE CAUSE **ENVIRONNEMENTALE**
- Perception familiale adaptée : **recherche d'aide**
 - **CULPABILITE**
 - **CONFLITUALISATION** des relations

Diagnostic d'anorexie mentale à l'interrogatoire

Diagnostic d'anorexie mentale à l'interrogatoire (1)

- ▶ **Mode d'installation :**
- ◆ Antécédents personnels et familiaux somatiques et psychiatriques
- ◆ Ancienneté, évolution, symptômes ayant précédé le début du trouble : hyperphagie, surpoids, régime
- ◆ Histoire pondérale et examen du carnet de santé : AMAIGRISSEMENT (en pourcentage ou percentiles), IMC prémorbide/minimal/maximal, cinétique de la perte pondérale

Diagnostic d'anorexie mentale à l'interrogatoire (2)

- ▶ Stratégies ANOREXIQUES de contrôle alimentaire et pondéral :
 - ◆ RESTRICTION quantitative volontaire : réduction des quantités, du nombre de repas, comptage des calories
 - ◆ SÉLECTION qualitative volontaire : éviction de catégories alimentaires (lipides, sucres rapides, sucres lents...)
 - ◆ Altération des manières de tables : tri alimentaire, découpage, lenteur à l'ingestion...
 - ◆ HYPERACTIVITÉ physique volontaire : quantification
 - ◆ Exposition volontaire au froid : vêtements inadaptés, douche froide...
 - ◆ Prise de MÉDICAMENTS : laxatifs, diurétiques, hormones thyroïdiennes, amphétamines
 - ◆ POTOMANIE : boissons non caloriques et non alcooliques ≥ 3 litres/jour
 - ◆ VOMISSEMENTS provoqués : fréquence, contexte
 - ◆ ACCÈS BOULIMIQUES : fréquence, type d'aliments, contexte

Diagnostic d'anorexie mentale à l'interrogatoire (3)

- ▶ Altération de la perception du poids ou de la forme corporelle :
 - ◆ Distorsion du schéma corporel : DYSMORPHOPHOBIE, DYSMORPHESTHÉSIE
 - ◆ Préoccupation excessive sur le poids/silhouette : pesées itératives, vérifications dans un miroir...
- ▶ Distorsions cognitives et relationnelles :
 - ◆ DÉNI du trouble alimentaire et de ses conséquences
 - ◆ Hyper-investissement scolaire, intellectuel, professionnel
 - ◆ Isolement relationnel familial, social, sacrifice des activités de loisir

Diagnostic d'anorexie mentale à l'interrogatoire (4)

- ▶ Rechercher de comorbidités psychiatriques et addictives
- ▶ Rechercher de comorbidités somatiques : diabète, thyroïdienne, maladie inflammatoire...
- ▶ Évaluation du retentissement somatique :
- ◆ Signes de GRAVITÉ : malaises, perte de connaissance, épilepsie, palpitations, hématomène...
- ◆ AMÉNORRHÉE secondaire, primaire si forme prépubère, absente si prise d'œstroprogestatifs de synthèse, impuissance chez l'homme
- ▶ Évaluation du retentissement psychiatrique : dépression, automutilations, risque suicidaire...
- ▶ Évaluation du retentissement familial, social, professionnel

Diagnostic d'anorexie mentale à l'interrogatoire (5)

Spécifier le type

Type restrictif:

Type avec crises de boulimie/ vomissements ou prise de purgatifs:

Pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements).

Diagnostic d'anorexie à l'examen somatique

Diagnostic d'anorexie à l'examen somatique (1)

- Examen somatique COMPLET

Poids (kilogrammes)

Taille ² (mètres)

- Indice de Masse Corporelle

- IMC $> 16 \text{ kg/m}^2$: possibilité de prise en charge ambulatoire
- IMC $14 - 16 \text{ kg/m}^2$: risque de complications somatiques, HOSPITALISATION
- IMC $12 - 14 \text{ kg/m}^2$: RISQUE VITAL potentiel
- IMC $< 12 \text{ kg/m}^2$: UNITE DE SOINS INTENSIFS

- OEDEMES : membres inférieurs, péricardique, pleural, ascite
- ESCARRES aux points d'appui : sacrum, coudes, talons, cicatrisation
- BRADYCARDIE, hypotension artérielle
- Hépatomégalie, hépatalgie, ictère (HEPATITE de dénutrition)

Diagnostic d'anorexie à l'examen somatique (2)

- Hypothermie
- Parotidomégalie, caries (surtout si vomissements)
- Amyotrophie, tissus graisseux sous cutané, hypotrophie mammaire
- Signes de dénutrition : pâleur (anémie), ichtyose, hypertrichose, lanugo, cheveux et ongles mous/secs/cassants, alopécie
- Absence d'anomalie évoquant une pathologie organique

Examens complémentaires pour le bilan d'une anorexie mentale (1)

- **GLYCEMIE** : basse (signe de gravité)
- **IONOGRAMME** sanguin : hypokaliémie (vomissements), hyponatrémie (potomanie)
- **PHOSPHOREMIE** : basse avec risque de complications cardiaques...
- **MAGNESEMIE** : basse
- **BILAN HEPATIQUE**: hépatite de dénutrition
- **HEMOGRAMME** : anémie (fer, B12, folates), leucopénie, thrombopénie
- **TP et TCA** : troubles de la coagulation (hypovitaminose K, synthèse hépatique)

Examens complémentaires pour le bilan d'une anorexie mentale (2)

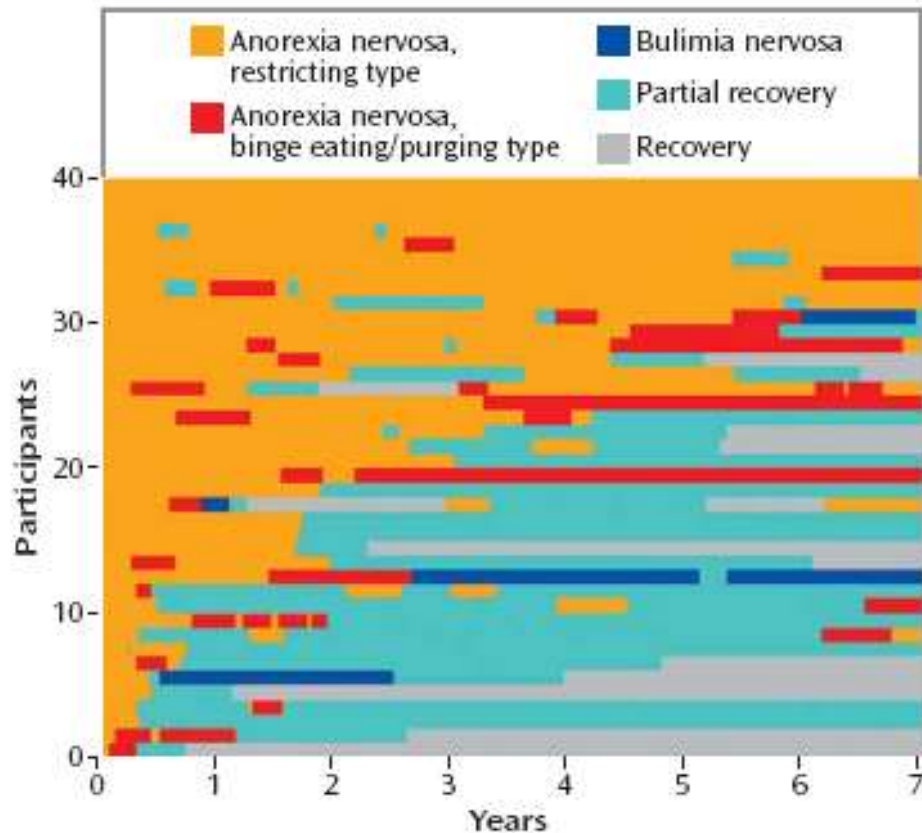
- CALCEMIE corrigée : diminué (hypovitaminose D et calcium)
- CREATININEMIE, urémie : insuffisance rénale fonctionnelle, néphropathie
- ECG : bradycardie sinusale, hypokaliémie, péricardite
- Bilan endocrinien : syndrome de T3 basse
- Fibroscopie œsogastroduodénale
- Absence d'anomalie évoquant une pathologie organique

Diagnostiques différentiels d'une anorexie mentale

- Pathologies somatiques :
 - Endocriniennes : hyperthyroïdie, diabète, insuffisance surrénale
 - Digestives : maladies inflammatoires (Crohn), malabsorption, intolérance (lactose, gluten)
 - Infectieuse : tuberculose, SIDA...
 - Néoplasies, tumeurs du système nerveux central
- Pathologies psychiatriques :
 - Troubles de l'humeur (dépression atypique)
 - TOC, trouble conversif, trouble phobique
 - Psychose : schizophrénie pseudonévrotique (délire d'empoisonnement alimentaire, dysmorphophobie)
 - Addictions : cocaïne, amphétamine, alcool, cannabis

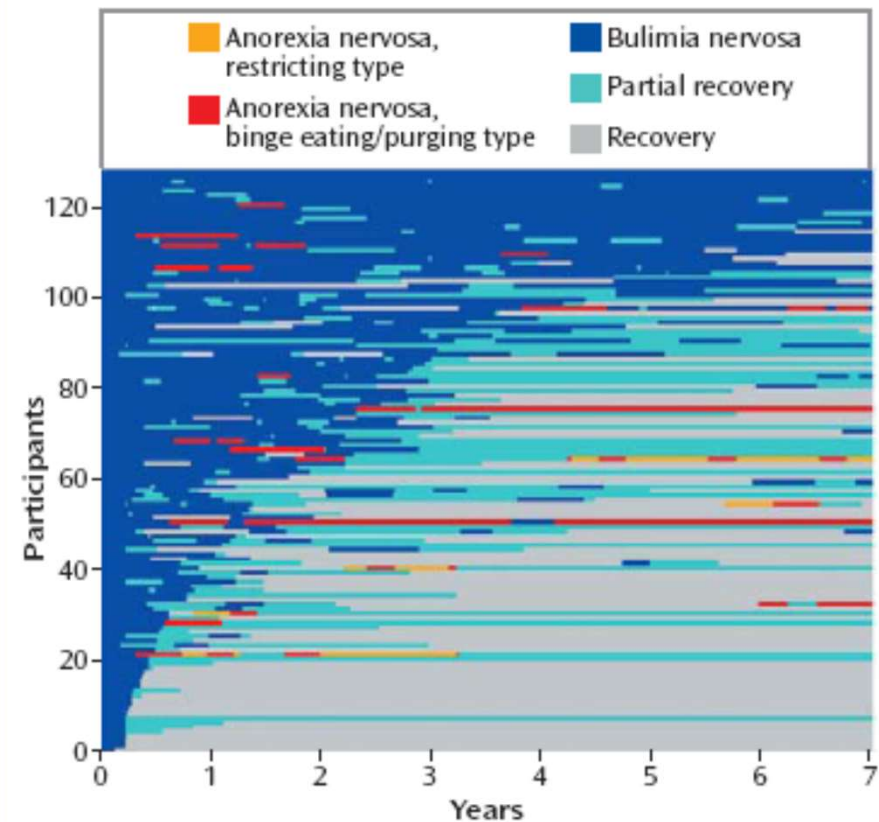
Instabilité diagnostique des TCA

FIGURE 1. Longitudinal Course and Crossover for Participants With an Intake Diagnosis of Anorexia Nervosa, Restricting Type (N=40)^a



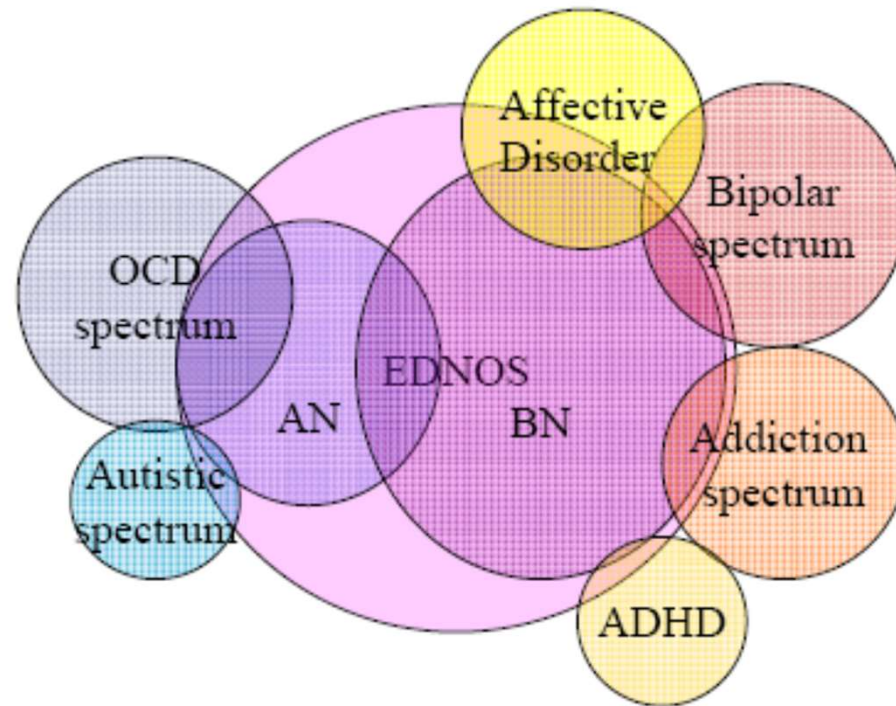
^a Each row in the figure represents one participant.

FIGURE 3. Longitudinal Course and Crossover for Participants With an Intake Diagnosis of Bulimia Nervosa (N=128)^a



^a Each row in the figure represents one participant.

Comorbidités et TCA



The comorbidity of Eating Disorders

Risques de complications

- Corréées à :
 - La baisse de l'IMC
 - La vitesse de perte de poids
 - La durée d'évolution
 - Aux conduites boulimiques
 - Aux vomissements
 - A la prise de médicaments

BOULIMIE



Épidémiologie

- Age moyen : entre 15 et 20 ans
- Prévalence :
 - 5 % des filles entre le début de l'adolescence et le début de l'âge adulte
 - 0.2% des garçons
- Incidence : 15 pour 100 000 sujets / an
- Mortalité : 15 à 75 fois plus importante qu'en population générale
 - Complications électrolytiques
 - Digestives

Diagnostic de boulimie à l'interrogatoire (1)

- **ACCES BOULIMIQUE : moins de deux heures, ≥ 2 fois/semaine pendant 3 mois**
 - **Préparation** : Achat ou vol d'aliments hypercaloriques
 - **Prodromes** : solitude, conflit interne, lutte anxieuse, sensation de vide, craving (désir intense de nourriture)
 - **Boulimie** : ingestion rapide (<2 heures) de grandes quantités hypercaloriques, perte de contrôle, ritualisation
 - **Résolution** : douleur abdominale, honte, culpabilité, tristesse, vécu de dépersonnalisation
 - **Crainte** de la prise de poids et stratégies de contrôle : purge (vomissements, laxatif), jeûne, hyperactivité physique

Diagnostic de boulimie à l'interrogatoire (2)

- **Type avec vomissements ou prise de purgatifs :**
 - Pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux **vomissements** provoqués ou à l'emploi abusif de **laxatifs, diurétiques, lavements**
- **Type sans vomissements ni prise de purgatifs :**
 - *Pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le **jeûne ou l'exercice physique excessif**, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements*

Diagnostic de boulimie à l'interrogatoire (3)

- **ESTIME DE SOI** influencée par le poids et la forme corporelle
- Rechercher des **comportements associés** :
 - Vomissements, jeûne
 - Laxatifs, diurétiques
 - Lavements
 - Potomanie
 - Hyperactivité physique
 - Addictions (amphétamine, cocaïne, alcool, cannabis, tabac)
 - Kleptomanie
- Absence des critères diagnostics de l'anorexie mentale
- Absence d'autres pathologies psychiatriques : thymique, psychotique, névrotique
- Absence de pathologie organique

| Heure | Nourriture, Boisson (Type d'aliment et de boisson, quantité) | Circonstances (lieu, personnes présentes...) | Pensées, Sensations, Emotions... Commentaires... |
|-------|---|---|--|
| 9h30 | Crise de Boulimie : (pain chocolat, cornet, gâteaux, pâtes...) nutella... galette de vin... | Seule à Coursive | <p>Je ne voulais pas faire cette cure ms j'avais très faim et qd j'ai vu ms gâteaux pré-férés (galettes bretonnes) je n'ai pas pu résister.</p> <p>A la suite des vomissements ¹⁵, je me suis sentie très faible - J'ai eu forte malaise, je n'avais plus aucune force et les vomissements ont été très éprouvants.</p> <p>A la suite, j'ai craché, j'ai pleuré pd mn mère m'a appelé au téléphone : je ne supporte plus ce cycle : anorexie / boulimie - Vers 19h, je suis allée chez ma grand-mère car je ne pouvais pas rester dans ma chambre seule, dans cet enfer</p> |

Diagnostic de boulimie à l'examen somatique (1)

- Examen somatique COMPLET $\frac{\text{Poids (kilogrammes)}}{\text{Taille}^2 \text{ (mètres)}}$
- Indice de Masse Corporelle normal
- Syndrome de Russel
- Parotidomégalie, mauvais état bucco-dentaire
- Troubles du RYTHME CARDIAQUE (hypokaliémie), hypotension (déshydratation)
- Ulcérations buco-pharyngées, douleurs pharyngées

Diagnostic de boulimie à l'examen somatique (2)

- **Troubles digestifs** : oesophagite, reflux œsogastroduodéal, ulcère, pancréatite
- **HEMATEMESE** (syndrome de Mallory-Weiss), rupture oesophagienne ou gastrique
- **Signes d'insuffisance rénale** (secondaire à l'abus de diurétiques et déshydratation)
- Troubles du **cycle menstruel**
- Absence d'anomalie évoquant une pathologie organique

Examens complémentaires : bilan de boulimie

- **IONOGRAMME** sanguin :
 - HYPOKALIEMIE, hypochlorémie, alcalose métabolique (vomissements)
 - hyponatrémie (potomanie)
- **ECG** : signes d'hypokaliémie
- **AMYLASEMIE, LIPASEMIE** (pancréatite)
- **GLYCEMIE**
- **HEMOGRAMME** : anémie carencielle (fer, folate) ou déglobulisation
- **CREATININEMIE, urémie** : insuffisance rénale fonctionnelle
- **FIBROSCOPIE oesogastroduodénale** : bilan des lésions digestives

Formes cliniques de la boulimie

- **Avec vomissements ou prise de purgatifs** : vomissements provoqués, laxatif, diurétique, lavements
- ***Sans vomissements ni prise de purgatifs*** : jeûne, exercice physique
- **Etat de mal boulimique** : URGENCE MEDICALE, crises continues incoercibles
- **Tardive** : chronicisation fréquente
- **Masculine** : rare, comorbidité psychiatrique (schizophrénie, TOC)

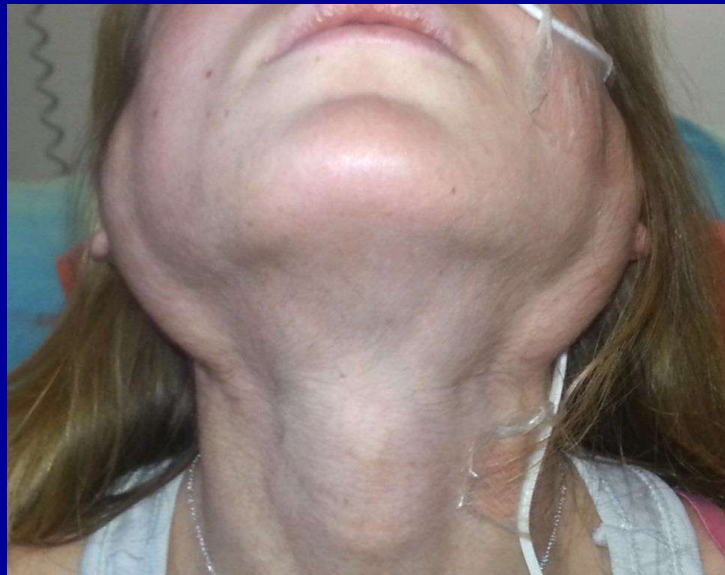
Diagnostiques différentiels de la boulimie

- « **BINGE eating disorder** » : hyperphagie répartie sur la journée, absence de stratégies de contrôle du poids, obésité
- « **Night eating disorder** » : hyperphagie nocturne, 60% des apports caloriques entre 20h et 6h, insomnie d'endormissement, réveils multiples
- Grignotage, hyperphagie simple
- Troubles de l'humeur (dépression atypique)
- **Psychose** : schizophrénie pseudonévrotique (délire d'empoisonnement alimentaire)
- **TOC**, trouble conversif, trouble somatoforme
- **Addiction** : cannabis

















Historique:

FC 31 bpm
Intervl PR 182 ms
Dur. QRS 98 ms
QT/QTc(E) int. 540/408 ms
Axe P/QRS/T 90/80/59 °
Ampl. RV5/SV1 0.17/0.42 mV (R + S 0.59 mV)

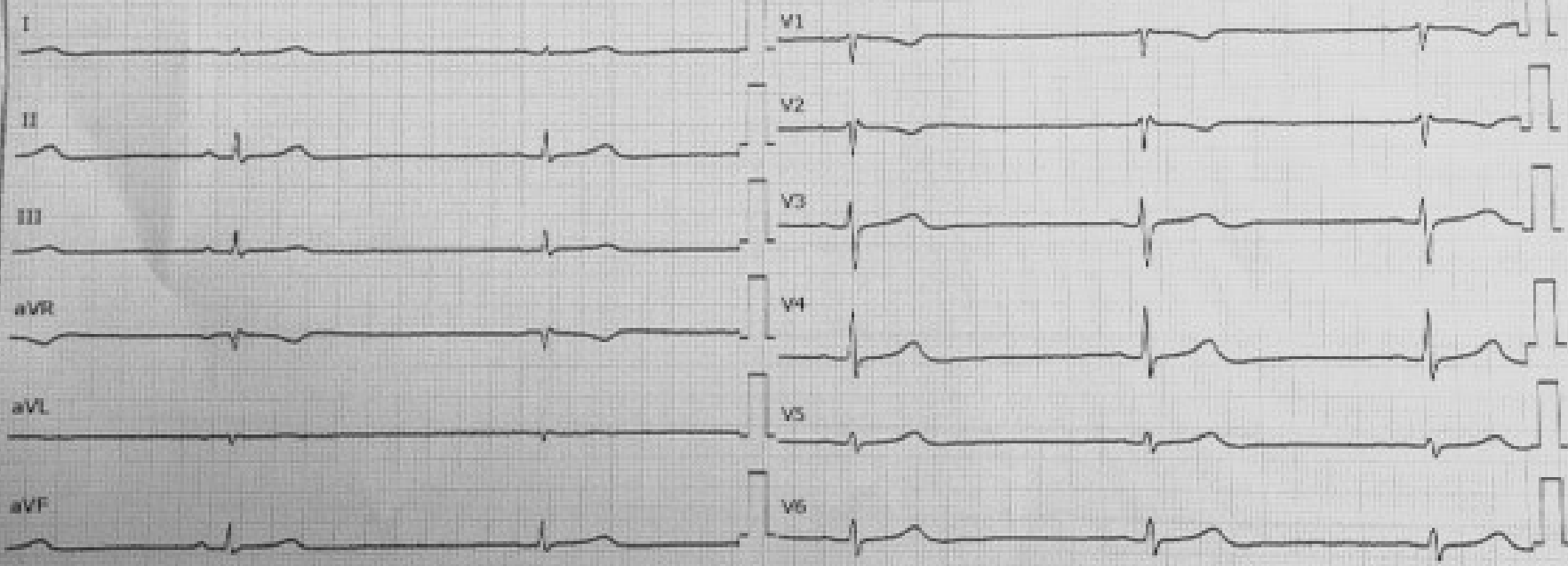
A 18/12/1980 G F 65140/197

Rapport non confirmé

Revu par:

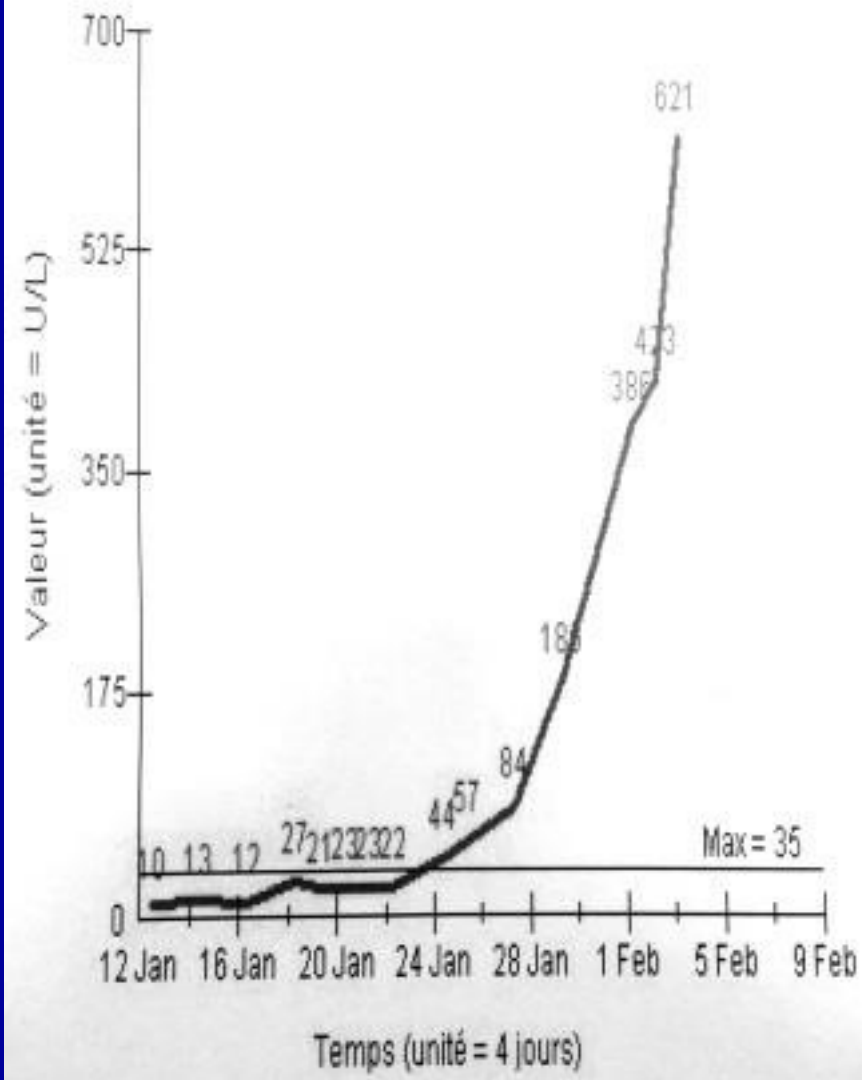
10 mm/mV 25 mm/s Filtre: H50 d 35 Hz

10 mm/mV

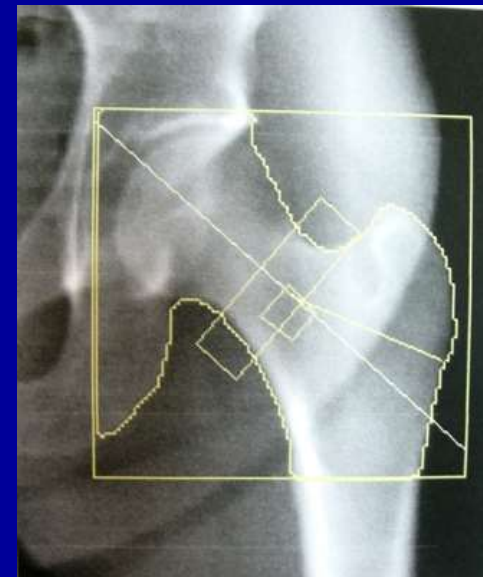
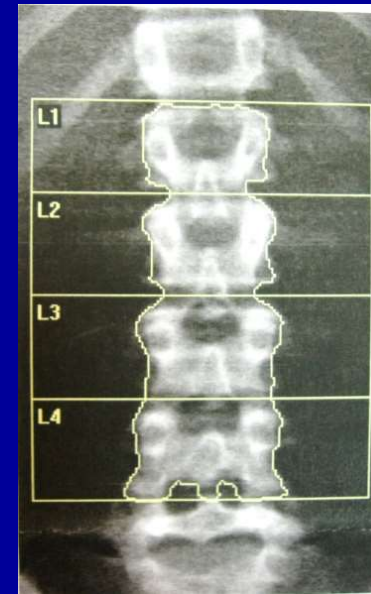
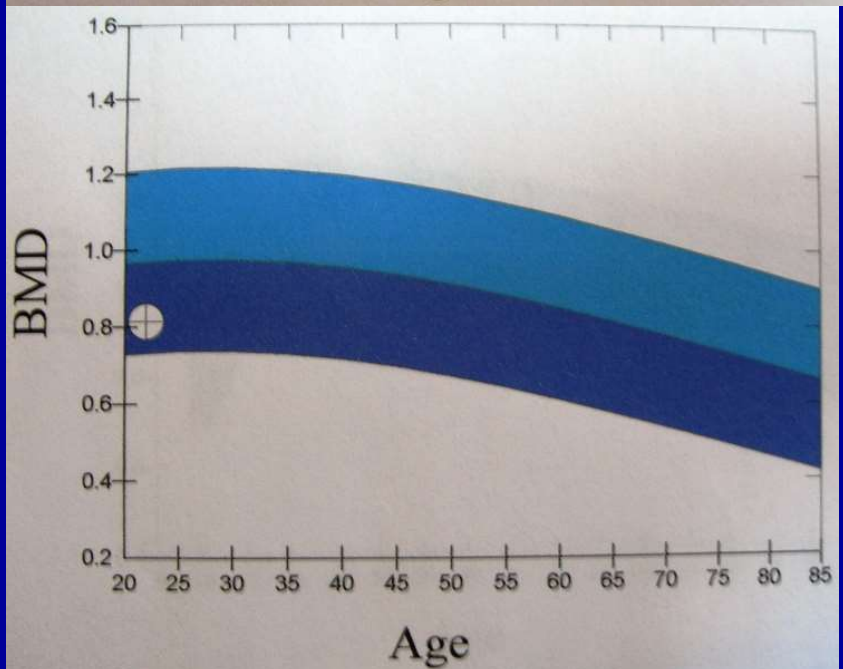
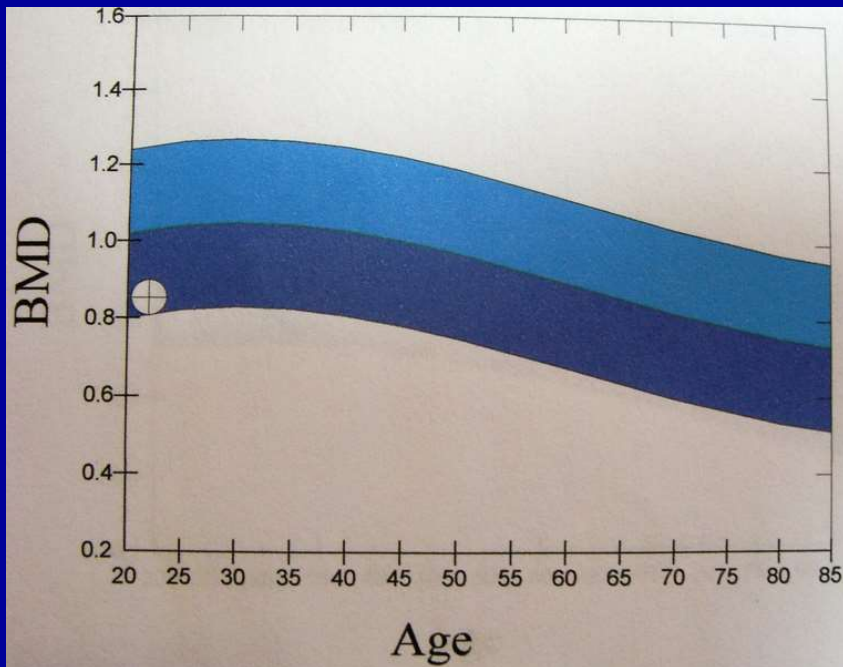


Rythme[II] 10 mm/mV

ALAT

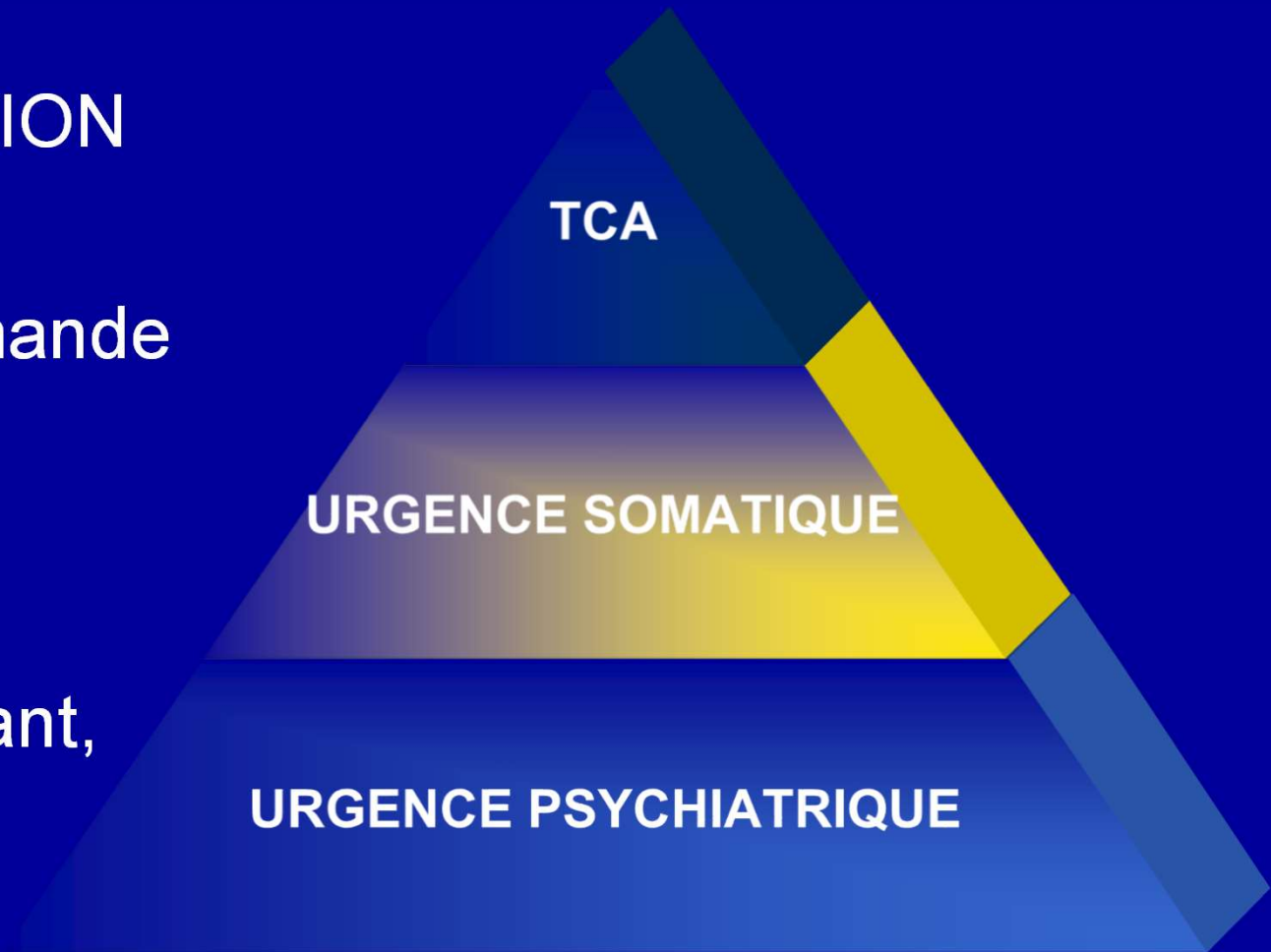


Ostéodensitométrie



Début de prise en charge

- CONSULTATION
- Lettre de demande de la patiente
- Courrier du médecin traitant, psychiatre, institution



Première prise en charge

- Baisse tardive des performances intellectuelles et physiques
- Survenue de lipothymies
- Apparition de crises de boulimie
- Evolution vers un trouble anxieux ou dépressif
- Crise familiale
- *CONSULTATION ?*

La famille

Doit être intimement **associée** au « projet de vie » des patients pour accompagner le soin et la sortie

- ⇒ Entretien avec le psychiatre
- ⇒ Liaison de soins infirmiers
- ⇒ Participation à des groupes de parents
- ⇒ Thérapie familiale

Critères somatiques d'hospitalisation

| Chez l'enfant et l'adolescent | |
|-------------------------------|---|
| Anamnestiques | <ul style="list-style-type: none">• Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine• Refus de manger : aphagie totale• Refus de boire• Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique• Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient |
| Cliniques | <ul style="list-style-type: none">• IMC < 14 kg/m² au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m² à 15 et 16 ans, ou IMC < 12,7 kg/m² à 13 et 14 ans• Ralentissement idéique et verbal, confusion• Syndrome occlusif• Bradycardies extrêmes : pouls < 40/min quel que soit le moment de la journée• Tachycardie• Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg)• PA < 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque > 20/min ou diminution de la PA > 10-20 mmHg• Hypothermie < 35,5°C• Hyperthermie |
| Paracliniques | <ul style="list-style-type: none">• Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,6 g/L• Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent)• Élévation de la créatinine (> 100 µmol/L)• Cytolyse (> 4 x N)• Leuconeutropénie (< 1 000 /mm³)• Thrombopénie (< 60 000 /mm³) |

Critères somatiques d'hospitalisation

| Chez l'adulte | |
|----------------------|--|
| Anamnestiques | <ul style="list-style-type: none">• Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois• Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance• Vomissements incoercibles• Échec de la renutrition ambulatoire |
| Cliniques | <ul style="list-style-type: none">• Signes cliniques de déshydratation• IMC < 14 kg/m²• Amyotrophie importante avec hypotonie axiale• Hypothermie < 35 °C• Hypotension artérielle < 90/60 mmHg• Fréquence cardiaque :<ul style="list-style-type: none">▸ bradycardie sinusale FC < 40/min▸ tachycardie de repos > 60/min si IMC < 13 kg/m² |
| Paracliniques | <ul style="list-style-type: none">• Anomalies de l'ECG en dehors de la fréquence cardiaque• Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/L ou asymptomatique si < 0,3 g/L• Cytolyse hépatique > 10 x N• Hypokaliémie < 3 mEq/L• Hypophosphorémie < 0,5 mmol/L• Insuffisance rénale : clairance de la créatinine < 40 mL/min• Natrémie :<ul style="list-style-type: none">▸ < 125 mmol/L (potomanie, risque de convulsions)▸ >150 mmol/L (déshydratation)• Leucopénie < 1 000 /mm³ (ou neutrophiles < 500 /mm³) |

Critères psychiatriques d'hospitalisation

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

Critères environnementaux d'hospitalisation

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

Hospitalisation

- **Soins ambulatoires possibles** si IMC > 16 kg/m², sans signes de gravité
- **Hospitalisation en milieu psychiatrique spécialisé**
- **Bilan** clinique et paraclinique complet
- **Correction en URGENCE** des désordres hydroélectrolytiques : potassium, phosphore, restriction hydrique (potomanie) ou réhydratation
- **Arrêts** : médicaments, vomissements, potomanie, hyperactivité
- Traitement des **comorbidités psychiatriques**
- Prise en charge des conduites **addictives**
- Prise en charge thérapeutique **multidisciplinaire et multifocale**

Contrats

- Vomissements
- Accès boulimiques
- Hyperactivité
- Potomanie
- Addictions
- Poids
- Durée de soins
- Rééducation alimentaire

Phases de l'hospitalisation

1. Phase d'installation

- Traitement de l'urgence somatique et psychiatrique
- Renforcement de l'alliance thérapeutique
- Mise en place du cadre de soins et du contrat

2. Phase de réparation

- Réapprentissage alimentaire complet
- Restauration du fonctionnement psychique et relationnel
- Restauration du fonctionnement familial
- Traitements des comorbidités
- Autonomisation et maturation

3. Phase de stabilisation

- Stabilisation du poids et des comportements alimentaires
- AUTONOMISATION : sorties itératives
- Préparation des soins de consolidation ambulatoires

Prise en charge multifocale et multidisciplinaire

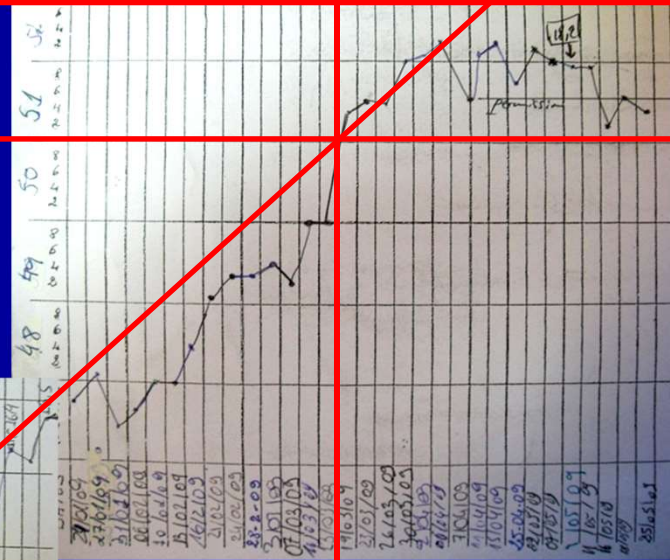
- Thérapie de soutien
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Psychothérapie d'inspiration analytique
- Thérapie systémique, prise en charge parentale
- Psychodrame individuel / groupe
- Thérapie de groupe de patients et de parents
- Ergothérapie, art-thérapie
- Photographie et image du corps
- Relaxation, gymnastique, sport, psychomotricité
- Soins corporels, esthéticienne
- Chimiothérapie

Poids

Contrat 51/53 kg

39 kg

6 mois 1/2



HOPITAL PAUL BROUSSE SERVICE DE PSYCHIATRIE Pr Michel REYNAUD
FICHE SPECIFIQUE T.C.A : TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

CONTRAT A REEVALUER CHAQUE SEMAINE



Médecin prescripteur:

D^r TOUREL

Date:

21/11/16

Signature:

SEMAINE DU:

AU:

CIRCULATION DU PATIENT

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-----|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|----------|-------------------------------------|------|-------------------------------------|--|--------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|--------|--------------------------|
| Parc | Oui | <input checked="" type="checkbox"/> | Seul | <input type="checkbox"/> | Famille | <input type="checkbox"/> | Ergo | Oui | <input checked="" type="checkbox"/> | Seul | <input type="checkbox"/> | Gym | Oui | <input type="checkbox"/> | Seul | <input type="checkbox"/> |
| | Non | <input type="checkbox"/> | Accomp | <input checked="" type="checkbox"/> | Soignant | <input checked="" type="checkbox"/> | | Non | <input type="checkbox"/> | Accomp | <input checked="" type="checkbox"/> | | Non | <input checked="" type="checkbox"/> | Accomp | <input type="checkbox"/> |
| Reste dans l'unité | Oui | <input checked="" type="checkbox"/> | Peut circuler à l'étage | | | | Oui | <input type="checkbox"/> | Peut circuler dans l'hôpital (doit prévenir) | | Oui | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Non | <input type="checkbox"/> | | | | | Non | <input checked="" type="checkbox"/> | | | Non | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |

FERMETURE

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|-----|-------------------------------------|-------|--------------------------|---------|-----|-------------------------------------|-------|--------------------------|---------------|-----|-------------------------------------|--------------|--------------------------|
| Chambre | Oui | <input checked="" type="checkbox"/> | Durée | <input type="checkbox"/> | Placard | Oui | <input type="checkbox"/> | Durée | <input type="checkbox"/> | Salle de bain | Oui | <input checked="" type="checkbox"/> | Durée | <input type="checkbox"/> |
| | Non | <input type="checkbox"/> | 1h30 | <input type="checkbox"/> | | Non | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | Non | <input type="checkbox"/> | Jour ET NUIT | <input type="checkbox"/> |

HYDRATATION ET ALIMENTATION

| | | | | | | | | | | | |
|-------------|------------|-------------------------------------|--------------------|--------------------------|---------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|-------|--------------------------|
| Hydratation | Libre | <input type="checkbox"/> | | | | | Doit rester à table après les repas | Oui | <input checked="" type="checkbox"/> | Durée | <input type="checkbox"/> |
| | Quantifiée | <input checked="" type="checkbox"/> | 1l 7/2 / 24h | | | | | Non | <input type="checkbox"/> | 1h30 | <input type="checkbox"/> |
| Repas | Chambre | <input type="checkbox"/> | Surveillance repas | <input type="checkbox"/> | Accrue | <input checked="" type="checkbox"/> | Apport alimentaire extérieur | Oui | <input type="checkbox"/> | | |
| | S. A. M. | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Normale | <input type="checkbox"/> | | Non | <input checked="" type="checkbox"/> | | |

VISITES / TELEPHONE / COURRIER

| | | | | | | | | | | |
|------------------|-----|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|-----|-------------------------------------|-----------|--------------------------|--|
| Téléphone Cabine | Oui | <input checked="" type="checkbox"/> | Condition | <input type="checkbox"/> | Téléphone Portable | Oui | <input type="checkbox"/> | Condition | <input type="checkbox"/> | Téléphone portable uniquement à l'extérieur du service |
| | Non | <input type="checkbox"/> | 20 min/semaine | <input type="checkbox"/> | | Non | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Visites | Oui | <input checked="" type="checkbox"/> | Condition | <input type="checkbox"/> | Courrier | Oui | <input checked="" type="checkbox"/> | Condition | <input type="checkbox"/> | |
| | Non | <input type="checkbox"/> | 1 visite ts les 15 jours | <input type="checkbox"/> | | Non | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

PESEE

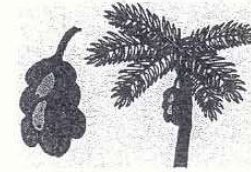
Fréquence et condition des pesées

- 1 à 2 pesées / sem par surprise
- REPAS ISOLÉ SUR PETITE TABLE

AUTRES CONDITIONS

HOPITAL PAUL BROUSSE SERVICE DE PSYCHIATRIE Pr Michel REYNAUD
FICHE SPECIFIQUE T.C.A : TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

SEMAINE DU AU



Etiquette

SURVEILLANCE DES REPAS

| | JOUR : 13/02/06 | JOUR : 14/02/06 | JOUR : 15/02/06 | JOUR : 16/2 | JOUR : 17/2 | JOUR : 18/02/06 | JOUR : 19/02/06 |
|--------------------|---|---|---|---|--|--|--|
| PETIT DEJEUNER | 1 orange 1 Fromage blanc 0% 1/2 beurre 1 pain | 1 pain 1 fromage blanc 0% 1/4 beurre 1/2 pomme (à cause du goût) | 1 Pain 1 F Blanc 0% 1/2 beurre 1 PAIN | 1 fromage blanc 0% 1 pain beurre 1 orange | 1 F. Blanc 0% 1 Pain 1/2 beurre 1 orange. | 1 Fromage blanc 0% 1 pain 1/2 beurre 1 orange | 1 Fromage blanc 0% 1 pain 3/4 beurre 1 orange |
| COLLATION | | | | | | | |
| DEJEUNER | Concombre Escalope de porc fenail Persille orange Fromage blanc 3/4 de pain. | Carottes râpées jambon Haricots verts Orange Fromage blanc pain. | 1 pamplemousse 1 filet de poisson Légume pot au feu sans pomme de terre 1 orange 1 Fromage blanc 1 pain. | 1 chou rouge vgt 1 jambon ss sel tomates provensals 1 pain 1 fromage blanc 0% 1 pain ss sel. | Concombre Filet de collin citron Beltes persilles Pomme au four Fromage blanc 0% Pain. | Tomate vgt filet poisson fenouil tomate kiwi 1/2 Fromage 0% 1 Pain | Champignon vgt Pintade rôtie 5/5 Brocoli 5/5 Salade orange Fromage bl. 0% Pain ss sel |
| COLLATION | | | | | | | |
| DINER | 1/2 Salade Poisson Haricots beurre 1 orange Fromage blc 1 croûte de Pain | Salade Roti Dinde Choux Crevettes F. blanc 0% | Salade verte (2/3) Poulet roti Ratatouille Poire Fromage Blanc 1/5 Pain | Salade Verte Roti dinde Champignon Pomme F. Blanc 0% Pain | Salade Verte Roti de dinde Epinards Pain Fromage blanc 0% 1/2 sucre | Salade verte 5/5 Roti de dinde 5/5 Haricots beurre persilles Pomme Fromage blanc 0% Pain 5/5 sel. | Salade verte 5/5 Filet de colin 5/5 Carottes 5/5 sel clementines Pain 5/5 sel. |
| COLLATION | | | | | | | |

**HOSPITALISATION
SPECIALISEE**

CONSULTATION

HOPITAL DE JOUR

- CHU Paris-Sud
- INSERM U669
- AFDAS-TCA
- Réseau TCA Francilien

