

Accompagnement des publics avec Trouble des Conduites Alimentaires (TCA)

- **Enjeux** : Face à leur fréquence les TCA sont **sous-diagnostiqués**.

Débutant souvent à l'adolescence, souvent chez les filles mais aussi chez les garçons, les TCA ont de graves conséquences en termes de mortalité et de morbidité (sociale, physique, psychiatrique), y compris pour les formes incomplètes.

- **3 types principaux et reconnaissance** :

Anorexie mentale (avec ou sans conduite de purge) : 3 critères à retenir selon le DSM 5 :

- Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins, conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique, la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.

- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas. A noter : des jeunes perdant du poids à partir d'une situation d'obésité ou de surpoids peuvent souffrir de TCA de type anorexique avec un poids en apparence dans la norme (nécessité de se référer à la courbe de croissance).

- Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobies), influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

Boulimie : Caractérisée par une absorption de grandes quantités de nourriture dans un temps restreint et de manière récurrente, suivie de comportements compensatoires inappropriés (vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs...). Les jeunes ont souvent un poids normal, ce qui constitue un piège l'enfermant d'autant plus dans la honte et la culpabilité liée aux crises.

Hyperphagie boulimique : Les jeunes souffrant d'hyperphagie boulimique présentent des épisodes récurrents de crise de boulimie sans comportement compensatoire. Ils présentent bien souvent un surpoids ou une prise de poids excessive.

- **Dépistage** : Il doit être systématique chez tous adolescents.

En MDA, le **questionnement systématique de l'adolescent doit être fait dès le 1er entretien d'évaluation global** (habitudes alimentaires, croissance, puberté...). Des populations à risques existent, comme les sportif.ve.s de hauts niveau.

Dans tous les cas, **il faut établir la courbe d'IMC et considérer qu'il peut être parfois faussement rassurant dans les esprits de chacun** (jeune, famille mais aussi professionnel). Il n'est utile que sur une courbe en fonction de l'âge et uniquement si on observe une cinétique de sa variation sur la courbe : avec un intérêt manifeste du dépistage précoce en MDA par des professionnels sensibilisés, voire formés.

- **Soins** : Nécessité de soins nutritionnels, psychiques et sociaux si besoin, en cohérence pour un projet de prise en charge global. Des points communs sont à repérer :
 - Un retentissement physique produisant inquiétudes et conflits au sein de la famille.
 - Des inquiétudes et des conflits sur les temps de repas mais aussi en-dehors.

Les familles sont souvent démunies face à des comportements de mise en danger ou de risques suicidaires qui ne leur paraissent pas rationnels.

La prise en charge doit être **multidisciplinaire et coordonnée, de l'ensemble de la cellule familiale et précoce** pour ne pas laisser s'installer les comportements et les adaptations familiales qu'ils imposent. Tant que cela est possible il faut **privilégier l'ambulatoire et la proximité géographique**.

Un diagnostic, une évaluation du retentissement et une prise en charge coordonnée doivent donc avoir lieu rapidement.

Un lien étroit avec le MG, notamment sur le plan somatique-psychiatrique et avec la personne coordonnant ces soins est important. Une thérapie familiale est la bienvenue ainsi qu'une prise en charge sociale (assistant.e social.e, éducateur.trice...), pour prendre en compte le retentissement dans le parcours scolaire et dans les relations sociales, amicales, amoureuses...



- **Pour aller plus loin** :

- Ressources du site de la Fédération Française Boulimie Anorexie - <https://www.ffab.fr/> :

- Annuaire des centres de prise en charge spécialisée en cas de nécessité.
- Formations :

DU TCA enfant/Ado national dès septembre 2021 (Paris/porté par fac Rouen).

DIU médecine et santé de l'adolescent (Paris/ porté par fac Poitiers).

- Recommandations de l'HAS 2010 et 2019.

- Les régions sont en train de structurer des centres de recours de niveau 2 et 3 à connaître pour s'articuler, y compris pour les journées mondiales le 2 juin : <https://www.journeemondialetca.fr/>.



Priscille GERARDIN, Psychiatre, Chef de pôle de psychiatrie enfant et adolescent, MDA de Rouen
Patrick COTTIN, Directeur, MDA de Nantes

Qu'est-ce qu'une reco ?

Dans le cadre de son partenariat avec la Direction Générale de la Santé, l'ANMDA s'est engagée à produire 5 recommandations de bonnes pratiques par an, dans le champ de l'accompagnement des jeunes, des familles et des professionnels.

Ces recommandations, produites avec le concours de professionnels de MDA et validées par l'ANMDA et le conseil scientifique, ont vocation à être diffusées au réseau des MDA et susciter le débat, notamment lors des temps de travail régionaux.

Si vous souhaitez rédiger une recommandation,
merci d'adresser votre proposition
aux chargées de mission de l'ANMDA.