

Cadre d'organisation de l'offre de soins pour les TCA dans les HDF

I Introduction

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) regroupent l'anorexie mentale, la boulimie, l'hyperphagie boulimique et les troubles non spécifiés. Ils concernent plus de 600 000 adolescents et jeunes adultes en France. Ils affectent davantage les femmes que les hommes.

Les TCA sont des troubles chroniques, la guérison étant rarement obtenue rapidement. L'évolution de la prise en charge est ainsi marquée par des rechutes qui concernent 50 à 70% des cas.

L'impact de ces troubles est considérable sur la santé physique et psychique des personnes atteintes mais aussi sur leur qualité de vie, leur vie affective, sociale et professionnelle ainsi que celle de leur famille.

L'anorexie mentale est l'une des premières causes de mortalité prématurée chez les 15-24 ans ; elle est responsable de 1% de décès par année, soit 6 à 12 fois plus que la population générale. La boulimie génère également une surmortalité importante de 2 à 3 fois supérieure à celle de la population générale. L'hyperphagie boulimique est également associée à une surmortalité.

La prise en charge spécialisée des personnes souffrant de TCA réduit la mortalité. Par ailleurs, la précocité de la prise en charge améliore le pronostic des TCA.

Pour répondre à ces enjeux, une instruction DGOS en date du 3 septembre 2020 définit les modalités d'organisation de filières de soins garantissant la mise œuvre de parcours de soins spécialisés de qualité sur l'ensemble du territoire national. L'offre de soins doit ainsi respecter plusieurs grands principes :

- La pluridisciplinarité de la prise en charge reposant sur des professionnels intervenant dans les champs somatique, nutritionnel et psychique ;
- La nécessité de la mise en place d'une coordination entre les professionnels et ce, à toutes les étapes de la prise en charge, le repérage, le diagnostic et le suivi.
- La gradation de la prise en charge basée sur trois niveaux de soins : l'offre de proximité non spécialisée (niveau 1) ; l'offre de proximité spécialisée (niveau 2) ; les unités de recours spécialisées (niveau 3).

Une note de cadrage annexée à l'instruction précise les conditions d'organisation de l'offre de soins à déployer régionalement.

C'est dans ce cadre que l'ARS a réuni un groupe de travail pour l'accompagner dans la structuration de l'offre de prise en charge des TCA dans les Hauts de France en s'appuyant sur l'instruction DGOS et sur les organisations mises en place en addictologie et pour la prise de charge de l'obésité.

II Organisation de l'offre de soins pour les TCA dans les Hauts de France

Il existe à ce jour une offre de soins régionale mais celle-ci manque de visibilité. Par ailleurs, cette offre de soins ne couvre pas les besoins de l'ensemble de la population des Hauts de France.

La Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie a réalisé, en 2017, un état des lieux des structures de soins dans la prise en charge de l'anorexie mentale dans les Hauts de

France. Il ressort de cette étude, réalisée à partir de l'analyse du PMSI 2015 (PMSI-MCO et RimP) les enseignements principaux :

- Une prédominance féminine dans la population suivie avec un pic de prise en charge à l'adolescence ce qui confirme l'épidémiologie observée en France ;
- Une concentration des séjours hospitaliers motivés par une anorexie mentale dans la métropole lilloise ;
- L'existence de fuites vers Paris et vers le Grand Est.

Au regard de ce constat, il est proposé d'organiser l'offre de soins en créant des filières de prise en charge des TCA. Les objectifs de cette structuration visent à :

- Assurer le repérage et une prise en charge précoces des patients présentant des TCA ;
- Offrir une prise en charge de qualité conforme aux recommandations de la HAS ;
- Garantir une couverture régionale des besoins en facilitant l'accessibilité à l'offre de soins.

II.1 La gradation de l'offre de soins

L'organisation de l'offre repose, conformément à l'instruction, sur trois niveaux :

Niveau 1 – Offre de proximité non spécialisée

L'offre de proximité non spécialisée a pour mission de repérer les personnes présentant des TCA, d'assurer des prises en charge simples et d'orienter si besoin vers des structures de soins spécialisées de niveau 2 ou 3 en fonction des facteurs de risque préalablement identifiés.

Les prises en charge sont assurées en ambulatoire, par des praticiens n'appartenant pas obligatoirement à une structure hospitalière. Ces praticiens sont généralistes ou spécialistes (addictologue, pédiatre, endocrinologue, psychiatre, pédopsychiatre,...). Ils sont sensibilisés à la prise en charge des TCA.

Toute prise en charge intègre un bilan somatique, nutritionnel et psychique.

Les professionnels intervenant dans le cadre de l'offre de proximité non spécialisée ont une connaissance des offres de niveau 2 et 3.

Niveau 2 – Offre de proximité spécialisée

L'offre de proximité spécialisée est en capacité d'assurer des prises en charge spécialisées.

Les prises en charge sont réalisées dans des structures hospitalières en ambulatoire ou, si besoin, en hospitalisation à temps plein selon des modalités de soins diversifiées. Les structures doivent ainsi disposer de lits d'hospitalisation complète et de places en hôpital de jour, ou en CATTP, ou en hospitalisation de nuit ou autre modalité de prise en charge ambulatoire.

Les prises en charge sont regroupées dans une unité fonctionnelle¹ ou un service dédié. Elles sont réalisées par une équipe pluridisciplinaire permettant de garantir une prise en charge somatique, nutritionnelle et psychique. Elle comporte obligatoirement un temps de psychiatre et des diététiciens formés aux TCA. Pour la prise en charge des hyperphagies boulimiques un temps de médecin nutritionniste ou de médecin formé à la nutrition est requis.

Un professionnel chargé de la coordination des prises en charge est identifié au sein de l'équipe.

Toute prise en charge intègre un bilan somatique, nutritionnel et psychique.

¹ Unité fonctionnelle : regroupement organisationnel des modalités de prise en charge sans que cela ne se traduise par une unité de lieu

Les structures de niveau 2 ont accès, à minima, à une unité de surveillance continue pour assurer la prise en charge des patients à risque de décompensation. Ce recours est organisé sur la base d'une convention si l'unité dépend d'un autre établissement ou la formalisation d'un partenariat avec le service dont dépend l'unité de surveillance continue.

Les structures de niveau 2 développent une activité minimale de 20 nouveaux patients par an.

Les structures de niveau 2 participent à la formation des professionnels en lien avec les unités de recours spécialisées (accueil de stagiaires) et participent à la recherche.

Niveau 3 – Unités de recours spécialisées

Les unités de recours spécialisées est en capacité d'assurer des prises en charge complexes. Elles viennent en appui des niveaux 1 et 2 en organisant notamment des RCP de recours.

Les prises en charge sont réalisées dans des structures hospitalières en ambulatoire ou, si besoin, en hospitalisation à temps plein selon des modalités de soins diversifiées. Les structures doivent ainsi disposer de lits d'hospitalisation complète et de places en hôpital de jour, ou en CATTP, ou en hospitalisation de nuit ou autre modalité de prise en charge ambulatoire.

Les prises en charge sont regroupées dans une unité fonctionnelle² ou un service dédié. Elles sont réalisées par une équipe pluridisciplinaire permettant de garantir une prise en charge somatique, nutritionnelle et psychique. Elle comporte obligatoirement un temps de psychiatre, des diététiciens formés aux TCA et un temps de médecin formé en nutrition. Un professionnel chargé de la coordination des prises en charge est identifié au sein de l'équipe.

Les unités de recours spécialisées disposent d'un plateau technique diversifié intégrant :

- Un accueil des urgences ;
- Le recours à une unité de psychiatrie adulte ;
- Le recours à une unité de pédopsychiatrie ;
- Le recours à un service de soins intensifs ou de réanimation pour la prise en charge des complications.

Les unités de recours de niveau 3 développent une activité minimale de 50 nouveaux patients par an.

Elles assurent la formation des professionnels (formation académique et accueil de stagiaires) et contribuent au développement de la recherche dans le domaine des TCA.

II.2 Les critères de coordination et de qualité des soins

La prise en charge des patients présentant des TCA doit être guidée par le respect des principes suivants.

- La pluridisciplinarité de la prise en charge : elle repose sur un trépied somatique, nutritionnel et psychique qui se concrétise, notamment, dans la réalisation du bilan d'évaluation préalable aux soins.
- La coordination des soins : elle est organisée en interne, à l'échelle des structures reconnues en niveau 2 et 3 pour garantir la cohérence des interventions de l'équipe.
- L'accessibilité de la prise en charge : il est nécessaire d'identifier une porte d'entrée au sein de chaque structure de niveaux 2 et 3 qui peut se traduire par la mise en place d'un secrétariat dédié, d'un service de consultation spécifique... Cette organisation, est indispensable lorsque les modalités de prise en charge sont diversifiées (HC, HDJ,...) et

² Unité fonctionnelle : regroupement organisationnel des modalités de prise en charge sans que cela ne se traduise par une unité de lieu

relèvent de plusieurs spécialités (addictologie, psychiatrie, pédopsychiatrie, nutrition, endocrinologie...).

- L'appartenance à un réseau de soins : il s'appuie sur le développement de relations partenariales entre les différents niveaux d'offre ; ce réseau doit faciliter les relais ou réorientations de prise en charge entre niveaux de soins. Les niveaux 2 et 3 contribuent à l'animation du réseau.
- La formation des professionnels investis dans les niveaux 2 et 3. Les professionnels de niveau 1 sont sensibilisés au TCA.
- La qualité des soins : des RCP pourront être organisées à l'initiative des unités de recours. Un appui des structures de niveau 2 ou 3 pourra également être proposé aux professionnels l'offre de soins non spécialisée à travers le développement de l'intervision ; des RMM seront également mises en place lors de la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un évènement dommageable pour le patient et ce quel que soit le niveau de prise en charge.
- L'évaluation de l'activité de soins : cela suppose la mise en place d'un recueil de données, à l'échelon de la région.
- La lisibilité de l'offre : un recensement de l'offre de soins TCA doit être organisé et régulièrement actualisé.