



RÉSEAU TCA
FRANCILIEN

**Filière de soins pour les Troubles des Conduites Alimentaires
en Ile-de-France : du constat aux propositions
d'amélioration de la réponse aux demandes de soins**

Recueil des travaux du Réseau TCA Francilien dans le cadre des échanges
avec l'ARS d'Ile-de-France entre 2020 et 2022
Rapport finalisé le 17/03/2025

Dre France HIROT (pédopsychiatre) et Pre Nathalie GODART (PU-PH en pédopsychiatrie)

Avec le comité de pilotage de la mission :

Dre Corinne BLANCHET (PH en Endocrinologie-Nutrition), Dr Philibert DURIEZ (MCU-PH en
Psychiatrie), Pr Jean-Claude MELCHIOR (PU-PH en Nutrition), Dre Isabelle NICOLAS (Pédopsychiatre),
Mme Sophie REY-FABIUS (Psychologue), Pre Chantal STHENEUR (PU-PH en Pédiatrie),
Dre Coline STORDEUR (PH en Pédopsychiatrie)

Et M. Julien LASCAR-BORROMÉE, coordonnateur du Réseau TCA Francilien

Les données PMSI ont été fournies par M. Laurent PEYRAT, contrôleur de gestion au sein de la
Mission Performance de la Direction de l'Offre de Soins – Pôle Efficience du Département Pilotage
Médico-Economique de l'ARS Ile-de-France

Les associations d'Ile-de-France ont été identifiées par Mme Annick BRUN, psychologue travaillant
pour la ligne téléphonique Anorexie Boulimie Info Ecoute.

Table des matières

Liste des tableaux	4
Liste des figures.....	5
Abréviations	6
I. Introduction.....	7
A. Epidémiologie et principes de prise en charge	7
B. Difficultés et enjeux liés à l’organisation des soins.....	8
C. En Ile-de-France, un enjeu de coordination	9
II. Panorama de la prise en charge des TCA en IDF	11
A. La population hospitalisée pour TCA en IDF	11
1. Diagnostics identifiés lors des hospitalisations	11
2. Evolution entre 2014 et 2019.....	13
B. Place des établissements spécialisés TCA dans la prise en charge	15
1. Identification des établissements spécialisés TCA	15
2. Capacités de prise en charge des établissements spécialisés TCA.....	18
3. Les modalités de fonctionnement des services spécialisés TCA	22
4. Part de l’activité réalisée par les établissements spécialisés TCA.....	25
5. Activité des établissements spécialisés TCA.....	26
6. Le rôle de recours national des services spécialisés TCA d’IDF	30
C. Les inégalités d’accès aux soins TCA en IDF	32
1. Un recours inégal aux soins selon les départements d’IDF.....	32
2. Des flux entre départements franciliens qui confirment l’inégale répartition de l’offre	33
3. Des inégalités géographiques exacerbées pour les structures dédiées aux adultes et aux enfants.....	34
III. Orientations pour la structuration de la filière TCA en IDF.....	35
A. Enquête auprès des services spécialisés TCA.....	36
1. Méthode.....	36
2. Axes prioritaires pour les services spécialisés TCA.....	36
B. Enquête auprès des services non spécialisés TCA.....	41
1. Méthode.....	41
2. Les difficultés actuelles des services non spécialisés	41

3. Les demandes des services non spécialisés	43
C. Enquête auprès des associations	45
IV. Synthèse et conclusion.....	47
V. Références.....	52
Annexe 1. Méthode d'analyse des données du PMSI IDF	57
Annexe 2. Méthode de l'enquête auprès des services spécialisés TCA	59
Annexe 3. Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète	60
Annexe 4. Limites d'âge des personnes accueillies dans les services spécialisés TCA.....	61
Annexe 5. Questionnaire « Axes prioritaires ».....	62
Annexe 6. Liste des répondants à l'enquête auprès des services non spécialisés TCA et des associations	67
Annexe 7. Appel à projet de l'ARS d'IDF sur les HDJ d'évaluation	68

Liste des tableaux

Tableau 1 : nombre de personnes prises en charge pour TCA en 2019 et pourcentage de sujets représenté par chaque type de trouble	12
Tableau 2 : nombre de personnes prises en charge en HTC de 2014 à 2019	14
Tableau 3 : nombre de personnes prises en charge en HDJ de 2014 à 2019.....	15
Tableau 4 : nombre de personnes prises en charge en HDJ dans les deux établissements ayant la plus forte progression d'activité entre 2014 et 2019	15
Tableau 5 : critères de définition des niveaux des centres de recours et de coordination pour les TCA proposés par la FFAB et cités dans le rapport DGOS-FFAB sur l'offre de soins pour les TCA en France	16
Tableau 6 : types de prises en charge possibles dans les différents services spécialisés TCA.....	19
Tableau 7 : capacités d'hospitalisation et de consultation déclarées par les services spécialisés TCA	20
Tableau 8 : répartition des capacités d'HTC et d'HDJ par tranche d'âge et catégorie d'établissement	20
Tableau 9 : types de consultation disponibles dans les 19 services spécialisés TCA proposant des consultations	22
Tableau 10 : modalités d'accès aux différents types de prise en charge dans les services spécialisés TCA	24
Tableau 11 : possibilités de transfert d'une personne en HTC dans un service spécialisé TCA vers un autre service au sein du même établissement.....	25
Tableau 12 : pourcentage de personnes ayant des TCA prises en charge dans les établissements ayant une activité spécialisée TCA en 2019	26
Tableau 13 : nombre de personnes prises en charge en HTC en 2019 dans les établissements ayant une activité TCA.....	28
Tableau 14 : nombre de personnes prises en charge en HDJ en 2019 dans les établissements ayant une activité TCA.....	28
Tableau 15 : files actives d'usagers souffrant de TCA déclarées par les services spécialisés	29
Tableau 16 : pourcentage de séjours concernant des personnes habitant hors IDF dans chaque établissement ayant une activité spécialisée TCA en 2019.....	31
Tableau 17 : nombre de séjour TCA en 2019 par département d'origine des personnes prises en charge. Nombre de séjours pour 100 000 habitants par département et pourcentage des séjours représenté par chaque département	33
Tableau 18 : pourcentage de séjours TCA concernant des personnes hospitalisées hors de leur département en 2019.....	34
Tableau 19 : pourcentage de séjours concernant des personnes hospitalisées dans un établissement spécialisé TCA situé dans leur département d'origine en 2019	35
Tableau 20 : comparaison des durées moyennes de séjour en HTC en 2019 dans les établissements ayant ou non une activité TCA	60
Tableau 21 : limites d'âge des personnes accueillies dans les services spécialisés TCA.....	61

Liste des figures

Figure 1 : évolution du nombre de personnes ayant un TCA en HTC entre 2014 et 2019	13
Figure 2 : évolution du nombre de personnes ayant un TCA en HDJ entre 2014 et 2019.....	14
Figure 3 : répartition de l'offre de soins spécialisés TCA en IDF	18
Figure 4 : répartition des services spécialisés TCA par tranche d'âge accueillie et orientation principale du service	21
Figure 5 : notation par les services spécialisés TCA des axes prioritaires dans la structuration de la filière de soins TCA	40
Figure 6 : évolution des diagnostics de TCA dans la classification DSM, d'après Galmiche et al. (13) .	57

Abréviations

AM : Anorexie Mentale

ARFID : *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*, trouble de restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments

ARS : Agence Régionale de Santé

BN : Boulimie (Nerveuse)

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^e révision

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

Csl : consultation

CSO : Centres Spécialisés de l'Obésité

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale des Soins

DMS : Durée Moyenne de Séjour

Dpt : département

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

Etab : établissement

FFAB : Fédération Française Anorexie-Boulimie

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAP : Hyperphagie associée à d'Autres Perturbations psychologiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HB : Hyperphagie Boulimique

HDJ : Hospitalisation De Jour ou Hôpital De Jour

HTC : Hospitalisation à Temps Complet

IDF : Ile-de-France

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie

Nb : nombre

OSFED : *Other Specified Feeding or Eating Disorders*, autres troubles des conduites alimentaires spécifiés

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PSY : Psychiatrie

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires

TMF : Thérapie Multi-Familiale

TSA : Troubles du Spectre Autistique

UFED : *Unspecified Feeding or Eating Disorder*, troubles des conduites alimentaires non spécifiés

I. Introduction

A. Epidémiologie et principes de prise en charge

Les Troubles des Conduites Alimentaires et de l'ingestion d'aliments (TCA) comprennent, au sens du DSM-5 (1), l'anorexie mentale (AM), la boulimie (ou boulimie nerveuse, BN), l'hyperphagie boulimique (HB), le trouble de restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments (*Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*, ARFID), les autres troubles spécifiés (*Other Specified Feeding or Eating Disorders*, OSFED) et les troubles non spécifiés (*Unspecified Feeding or Eating Disorder*, UFED). Ils constituent un ensemble de troubles fréquents au fort potentiel de chronicisation et dont les formes sévères engagent le pronostic vital. Ils sont l'une des principales causes de morbidité et de mortalité à l'adolescence (2,3).

Chez les femmes, la prévalence vie entière de l'AM est estimée entre 0,8% et 3,6% (4), celle de la BN entre 0,9% et 2,6% (5,6) et celle de l'HB entre 0,6% et 3,6% (4,7). Les TCA sont moins fréquents chez les hommes, mais peuvent toucher 0,6 à 2,1% d'entre eux pour l'HB (4,7,8). L'HB est également fréquente chez les personnes souffrant de surpoids ou d'obésité (9–12). Au total, la prévalence ponctuelle serait de 17% pour les TCA au sens large (c'est-à-dire la population présentant un risque élevé de TCA, repéré par un instrument de dépistage comme le SCOFF), et de 7,8% pour les TCA avérés (13).

Les TCA débutent le plus souvent à l'adolescence (14–16). Ils ont des répercussions majeures à la fois psychologiques, somatiques, sociales et sur la qualité de vie (17–19). La mortalité est élevée, en particulier dans l'AM où elle est 10 fois supérieure à celle de la population générale chez les jeunes de moins de 20 ans (20). Le taux de chronicisation est de l'ordre de 20% dans l'AM et la BN (21,22). De plus, de nombreux sujets passent d'un TCA à l'autre ou souffrent d'autres troubles psychiatriques pouvant apparaître après la guérison du TCA (22–24). Les TCA impactent de façon significative la qualité de vie des personnes qui en souffrent (18,25), ainsi que celle de leur entourage (18). Ils engendrent également des coûts importants à la fois pour les soins qu'ils nécessitent mais aussi en terme de perte de productivité pour les personnes touchées ainsi que pour leurs aidants (18,19,25–27). Au Royaume-Uni, les estimations considèrent que les TCA représentent un coût moyen allant jusqu'à 5 000€ par personne et par an (comprenant les soins, les coûts pour la personne, la perte de productivité et les coûts pour les aidants), soit deux fois plus que le diabète (25). Aux Etats-Unis, ce coût global des TCA est estimé à 11 808\$ par personne et par an (26,28).

Les soins doivent être mis en place le plus précocement possible, afin d'éviter la chronicisation et de ce fait améliorer le pronostic. Selon les recommandations de bonnes pratiques en France (Haute Autorité de Santé, HAS) et à l'international, la prise en charge des TCA doit être ambulatoire en première intention mais elle peut nécessiter des hospitalisations en cas de complications somatiques ou psychiatriques ou en raison de l'échec du suivi ambulatoire (19,29–31). Les motifs d'hospitalisation sont donc variés. Dans l'AM, ils incluent la dénutrition et ses conséquences : les pertes de poids rapides ou importantes, ainsi que la dénutrition sévère chronique qui nécessite une prise en charge intensive

(29,30). Une hospitalisation peut être nécessaire en urgence quand la dénutrition met en jeu le pronostic vital ou lors d'une hypokaliémie compliquant des crises de BN par exemple (29,30). Par ailleurs, dans les TCA, le risque suicidaire est important (20,32–34) et peut aussi justifier une hospitalisation. Les usagers et les professionnels de santé demandent à ce que ces hospitalisations aient idéalement lieu dans des services spécialisés intégrant les approches nutritionnelle, somatique et psychiatrique car les services généraux ne leur paraissent pas toujours appropriés pour une prise en charge adéquate des personnes souffrant de TCA (35,36). Les personnes concernées bénéficient rarement de prises en charge spécifiques (18) alors que les soins spécialisés semblent améliorer le pronostic dans ces pathologies (37). Les possibilités de prise en charge intensives dans les situations les plus aiguës, en hospitalisation à temps complet (HTC) ou en hospitalisation de jour (HDJ), sont donc un enjeu majeur dans les prises en charge spécialisées TCA, que ces hospitalisations viennent en relais de soins ambulatoires devenus insuffisants ou qu'elles aient lieu lors de complications.

B. Difficultés et enjeux liés à l'organisation des soins

Lors de l'enquête menée entre 2015 et 2017 par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Fédération Française Anorexie-Boulimie (FFAB), publiée dans un rapport commun en 2019 (35), les professionnels français et les usagers ont décrit des services spécialisés faisant face à un nombre de demandes considérable en comparaison de leurs moyens, contraints de prioriser les soins pour les personnes ayant des troubles très sévères et d'organiser de longues listes d'attente (35). Ces difficultés ont été accentuées par la crise sanitaire liée au Covid-19 (38–41).

Lorsqu'elle concerne une hospitalisation pour AM, cette attente a des conséquences importantes car la dénutrition s'aggrave souvent durant ce laps de temps, augmentant le risque de complications (42) et la durée de l'hospitalisation nécessaire par la suite (43).

Les conclusions du rapport DGOS-FFAB rejoignent le constat effectué dans d'autres pays rejoint : les parcours de soins sont le plus souvent complexes. Même après leur diagnostic, les TCA restent non traités pendant de longs mois, en raison d'un accès différé aux soins spécialisés (36,44–46). Une étude italienne récente montre que les adultes ayant les troubles les plus sévères arrivent jusqu'aux soins spécialisés après un délai médian de deux ans (45). Les auteurs soulignent le manque de coordination entre les acteurs de soins (45). Ces observations sont corroborées par une enquête menée en France auprès des professionnels et des usagers (35). Les usagers évoquent le manque d'expérience, voire des difficultés de compréhension des troubles de la part des professionnels non spécialisés, aboutissant à des retards de prise en charge (36). Les professionnels de soins primaires décrivent, eux, des difficultés à prendre en charge les personnes souffrant de TCA (36). Ils se sentent démunis devant leur fréquent manque de motivation pour les soins et évoquent la crainte des complications somatiques que les TCA engendrent (36). En France comme à l'étranger, les professionnels de soins primaires sont ainsi réticents à poser un diagnostic de TCA, craignant des prises en charge chronophages pour lesquels ils ne se sentent parfois pas assez compétents (36) et pour lesquels ils ont des difficultés à orienter vers des services spécialisés (35). Ces dernières années, le Royaume-Uni a

encouragé l'accès direct aux services spécialisés TCA aux usagers afin de permettre une prise en charge plus précoce (47).

Pour répondre à ces difficultés, le rapport DGOS-FFAB (35) a proposé de structurer la filière de soins TCA en labellisant des centres de recours et de coordination pour les TCA afin de favoriser la coopération entre les acteurs des différents niveaux de soins. Cette organisation permettrait également aux différents acteurs de mieux repérer les services spécialisés et d'orienter les demandes aux différents niveaux de spécialisation des services en fonction de la sévérité des troubles. Le rapport rappelle aussi la nécessité d'un meilleur maillage territorial des soins spécialisés, l'accès aux soins TCA étant actuellement inégal en France (35). Ce point, qui a également été décrit aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne (48,49), est d'autant plus important que le repérage des TCA paraît meilleur dans les régions où un service spécialisé TCA est présent (50) et que les personnes initialement prises en charge dans un service spécialisé sont moins souvent hospitalisées à temps complet (50).

Le rapport DGOS-FFAB souligne par ailleurs la nécessité d'améliorer les liens entre les services prenant en charge les personnes présentant une obésité et les services TCA. Ce constat repose sur la fréquence importante des TCA, en particulier de l'HB, chez les usagers demandant des soins pour une obésité (51). La prévalence de l'obésité associée à des TCA semble en augmentation (52). De plus, le passage d'une forme à l'autre de TCA chez un même sujet au cours du temps est fréquent : une personne peut nécessiter des soins pour AM à une période de sa vie puis pour BN ou HB à une autre période ; inversement des personnes présentant un surpoids ou une obésité peuvent débuter une restriction alimentaire et nécessiter des soins pour AM (53).

C. En Ile-de-France, un enjeu de coordination

Si l'on considère les prévalences classiquement observées au niveau international, les TCA concerneraient environ 100 000 personnes entre 15 et 34 ans en Ile-de-France (IDF ; (54,55)). La région IDF est la plus densément peuplée en France (1 017 habitants au km² contre 119 en France métropolitaine) (56). Elle compte un nombre de centres spécialisés TCA plus important que les autres régions (35) mais cela reste insuffisant pour répondre aux besoins de la population qui est également la plus jeune de France métropolitaine (56).

Le Réseau TCA Francilien est une association Loi 1901 regroupant les professionnels de santé de toutes disciplines prenant en charge des personnes souffrant de TCA. Il a été créé en 2008, avec le soutien de la Fondation de France, devant la nécessité de coordonner les structures régionales pour mieux répondre aux besoins. Il compte aujourd'hui 200 membres, médecins, psychothérapeutes, diététiciens, infirmières et psychomotriciens. Le Réseau TCA Francilien est porté par un conseil d'administration entièrement bénévole et piloté par un bureau de cinq membres.

Les objectifs de l'association sont de :

- coordonner les structures accueillant des personnes qui souffrent de TCA ; en particulier, favoriser l'articulation entre la prise en charge pédiatrique et celle de l'adulte (dans tous les aspects, somatique, psychiatrique et psychosocial) ;
- apporter une aide aux personnes concernées, à leurs familles, aux médecins et à l'ensemble des professionnels travaillant dans le domaine des TCA,
- promouvoir les travaux de recherche dans les domaines de l'épidémiologie, de l'étiopathogénie, du diagnostic, du traitement et de la prévention des TCA.

Depuis 2012, le Réseau TCA Francilien a ainsi, dans le cadre de ses missions, mis en place une permanence d'écoute téléphonique "Anorexie Boulimie Info Ecoute". Cette ligne à destination des usagers, des proches et des professionnels de santé a pour but de répondre à une demande d'information sur ces troubles, de guider toute personne à la recherche d'une structure de prise en charge et d'orienter vers un accueil d'urgence si besoin. Les appels sont anonymes. Les écoutants sont des psychologues, des médecins spécialistes dans la prise en charge des personnes souffrant de TCA et des associations de familles et d'usagers. Ils sont tous bénévoles.

Partant des constats effectués au niveau national, le Réseau TCA Francilien a réalisé un état des lieux des soins TCA en IDF engageant l'ensemble des acteurs des soins TCA, spécialisés et non spécialisés, afin de poursuivre le développement et la coordination de l'offre de soins territoriale et de répondre au mieux aux besoins de la population en IDF.

Le présent rapport établit ainsi un état des lieux des structures de soins spécialisées et non spécialisées pour les TCA en IDF, des enjeux associés, et des perspectives d'amélioration souhaitées ou envisagées par les usagers et les acteurs des soins. Il s'appuie pour cela sur cinq sources de données complémentaires entre elles :

- Une analyse des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) fournies par l'ARS d'IDF, pour l'ensemble des établissements de santé de la région ;
- Une enquête auprès des services spécialisés TCA d'IDF, afin de connaître leurs dispositifs de soins, leurs capacités et leurs modalités d'accueil des usagers souffrant de TCA ;
- Une enquête auprès de ces mêmes services spécialisés TCA, pour recueillir de manière détaillée puis hiérarchiser des pistes d'amélioration et de structuration de la filière de soins ;
- Une enquête auprès de services non spécialisés, impliqués dans la prise en charge des TCA, permettant d'identifier les difficultés auxquelles ils peuvent être confrontés dans ces prises en charge ;
- Une enquête auprès des associations d'usagers et de professionnels impliqués dans l'accompagnement des personnes souffrant de TCA, ou contribuant à certains soins, pour identifier les difficultés d'accès aux soins spécialisés et les modalités de soutien ou de prise en charge qui existent hors des structures spécialisées.

Ce rapport est divisé en deux parties. Un premier chapitre dresse, à partir des deux premières sources, un panorama de la prise en charge des personnes ayant des TCA en IDF. Les perspectives de transformation de la filière sont ensuite abordées, à travers les regards croisés des services spécialisés TCA, des services non spécialisés et des associations.

II. Panorama de la prise en charge des TCA en IDF

La première partie de ce rapport s'attache à caractériser la prise en charge des TCA en IDF.

Les seules données disponibles en routine à l'échelle du territoire et comportant des informations diagnostiques relatives aux TCA, sont les données hospitalières du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). La description des prises en charge actuelles des TCA sur le territoire francilien se heurte de ce fait à un écueil lié au manque de données fiables relatives d'une part, à la prise en charge ambulatoire, dans les centres spécialisés TCA ou par les professionnels de santé libéraux, et d'autre part, à la prise en charge dans les centres non spécialisés (où certains diagnostics peuvent être renseignés différemment des services spécialisés TCA).

Pour appréhender au mieux l'activité de prise en charge des TCA, l'approche retenue dans le cadre de ce rapport a consisté à croiser et compléter les données du PMSI avec celles d'une enquête *ad-hoc*, menée auprès des établissements spécialisés identifiés au sein de la région. Les deux premières sections de cette partie présentent successivement l'activité d'hospitalisation sur le territoire francilien, et la part prise par les établissements spécialisés TCA dans cette prise en charge. L'inégale répartition de cette offre spécialisée sur le territoire s'accompagne de fortes disparités d'accès aux soins, évoquées dans la troisième section.

A. La population hospitalisée pour TCA en IDF

1. Diagnostics identifiés lors des hospitalisations

Les données présentées ici, extraites du PMSI, concernent toutes les personnes hospitalisées dans des établissements de soins. Elles donnent donc une indication sur le nombre de personnes souffrant de TCA nécessitant une hospitalisation en IDF que le motif d'hospitalisation soit la prise en charge du TCA, d'une de ses complications ou un problème médical non directement lié au TCA.

La méthode employée est présentée en Annexe 1.

En 2019, environ 2100 personnes souffrant de TCA ont été hospitalisées à temps complet (HTC) en IDF et 1600 en hôpital de jour (HDJ) ; voir Tableau 1. Il faut toutefois noter que ces chiffres sont des estimations, une partie des usagers pouvant être comptée deux fois sur la même année si elle change

de mode de soins (HTC/HDJ) ou si la prise en charge est facturée dans des champs d'activité différents (MCO/PSY/SSR). Certaines personnes sont également susceptibles d'avoir été comptabilisées deux fois car les diagnostics n'ont pas été priorisés les uns par rapport aux autres (si le séjour d'une personne présentant une AM avec crises de boulimie est codé par erreur à la fois pour le diagnostic d'AM et celui de BN, elle est alors comptée deux fois dans notre total).

La grande majorité des personnes hospitalisées pour TCA souffrent d'AM, en particulier en HTC ($\geq 75\%$ des HTC et $> 50\%$ des HDJ en MCO et PSY). Ces données sont cohérentes avec la littérature internationale qui semble aussi retrouver une fréquence plus importante des HTC dans l'AM que dans les autres TCA (18), probablement en rapport avec la fréquence des complications somatiques dans l'AM (19,42) et l'intensité des soins psychiatriques qui peuvent être nécessaires pour permettre la renutrition.

Peu de personnes souffrant d'hyperphagie (HAP)¹ sont hospitalisées à temps complet. En effet, l'HAP est fortement associée au surpoids et à l'obésité (29,34) et leur prise en charge se fait le plus souvent en ambulatoire (consultations ou HDJ). Les données du PMSI retrouvent une majorité de sujets présentant une BN ou une HAP en SSR. Ces hospitalisations correspondent probablement à des services de nutrition prenant en charge ces personnes pour une obésité. Il faut noter ici que l'HB n'est pas codée de façon homogène dans tous les services, les codes du PMSI ne correspondant pas exactement à ceux des classifications internationales actuelles pour les TCA (voir Annexe 1). Certains services de SSR nous ont ainsi indiqué qu'ils classaient l'HB sous le code F50.3 « boulimie atypique » du PMSI (classé BN dans nos analyses). Il peut donc y avoir dans ces chiffres un chevauchement entre les diagnostics de BN et d'HAP.

Tableau 1 : nombre de personnes prises en charge pour TCA en 2019 et pourcentage de sujets représenté par chaque type de trouble

	MCO		SSR		PSY		Total	
	Nb d'utilisateurs	% TCA	Nb d'utilisateurs	% TCA	Nb d'utilisateurs	% TCA	Nb d'utilisateurs	% TCA
HTC								
AM	901	74,7%	57	25,3%	559	83,2%	1517	72,1%
BN	237	19,7%	109	48,4%	97	14,4%	443	21,1%
HAP	68	5,6%	59	26,2%	16	2,4%	143	6,8%
Total TCA	1 206	100%	225	100%	672	100%	2103	100%
HDJ								
AM	618	52,6%	11	21,6%	237	60,3%	866	53,5%
BN	264	22,5%	24	47,1%	131	33,3%	419	25,9%
HAP	292	24,9%	16	31,4%	25	6,4%	333	20,6%
Total TCA	1 174	100%	51	100%	393	100%	1618	100%

¹ Le code F50.4 du PMSI, « hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques », que nous avons abrégé HAP, inclut l'hyperphagie boulimique (HB) et d'autres types d'hyperphagies.

2. Evolution entre 2014 et 2019

Les chiffres fournis par l'ARS d'IDF couvrent 2014 à 2019 en MCO et PSY mais seulement 2016 à 2019 en SSR.

a) HTC

Le nombre de personnes ayant une AM paraît relativement stable en HTC entre 2014 et 2019 (voir Figure 1 et Tableau 2). Ceux des sujets présentant une BN ou une HAP sont en augmentation entre ces deux dates. Au niveau international, la littérature retrouve une augmentation de l'incidence des TCA, sans que l'on sache s'il s'agit d'une augmentation de la fréquence de ces pathologies ou d'une meilleure détection (13,57).

Les chiffres issus du PMSI pour l'HAP varient de façon importante en fonction des années et posent là-aussi la question de l'évolution des critères diagnostiques ainsi que celle des modalités et habitudes de codage dans les services.

Figure 1 : évolution du nombre de personnes ayant un TCA en HTC entre 2014 et 2019

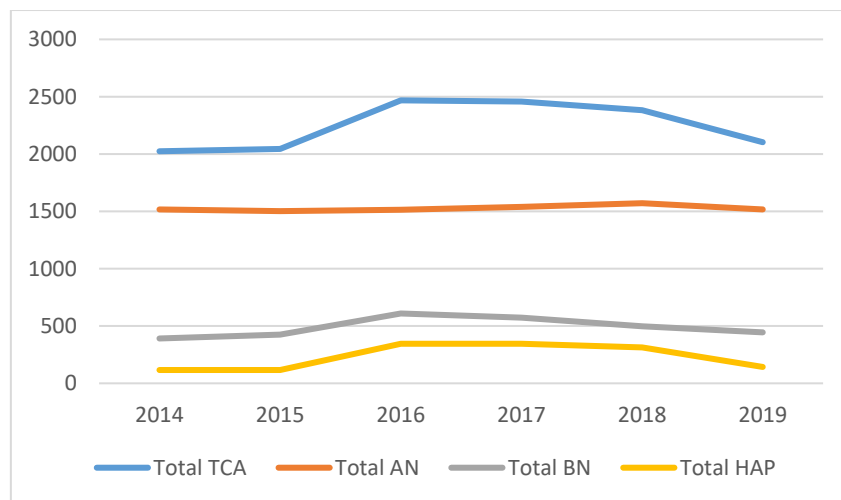


Tableau 2 : nombre de personnes prises en charge en HTC de 2014 à 2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Nb moyen de personnes/an
AM MCO	983	932	911	915	945	901	931
AM SSR	-	-	58	49	46	57	53
AM PSY	534	570	545	576	580	559	561
Total AM	1517	1502	1514	1540	1571	1517	1527
BN MCO	238	258	274	289	252	237	258
BN SSR	-	-	199	138	108	109	139
BN PSY	153	168	136	146	137	97	140
Total BN	391	426	609	573	497	443	490
HAP MCO	105	104	74	57	76	68	81
HAP SSR	-	-	250	275	221	59	201
HAP PSY	11	12	21	13	16	16	15
Total HAP	116	116	345	345	313	143	230
Total TCA	2024	2044	2468	2458	2381	2103	2246

b) HDJ

Le nombre de personnes ayant un TCA hospitalisées en HDJ a doublé entre 2014 et 2019 (voir Figure 2 et Tableau 3). Cette évolution est en rapport avec deux initiatives locales pour développer l'évaluation ou le suivi (la prise en charge) sur cette modalité d'accueil. Le Centre expert de la CMME à l'hôpital Sainte Anne, ouvert en 2018, a ainsi contribué à l'augmentation des HDJ MCO en mettant en place une HDJ d'évaluation, tandis que dans le secteur PSY, un HDJ de suivi pour AM a été mise en place par l'établissement de Santé Mentale de Paris de la MGEN (voir Tableau 4).

Figure 2 : évolution du nombre de personnes ayant un TCA en HDJ entre 2014 et 2019

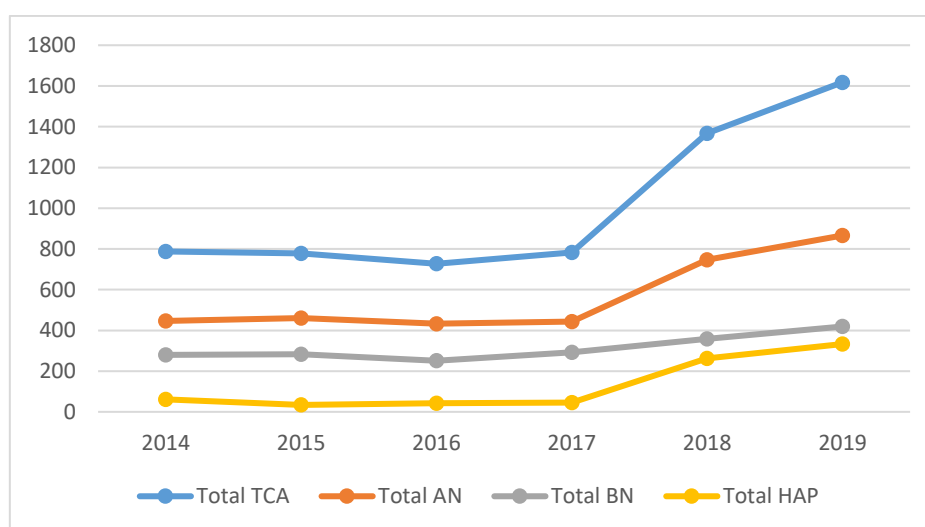


Tableau 3 : nombre de personnes prises en charge en HDJ de 2014 à 2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Nb moyen de personnes/an
AM MCO	326	346	307	287	536	618	403
AM SSR	-	-	9	11	11	11	11
AM PSY	120	115	117	146	199	237	156
Total AM	446	461	433	444	746	866	566
BN MCO	221	233	191	172	244	264	221
BN SSR	-	-	14	19	8	24	16
BN PSY	59	50	46	102	106	131	82
Total BN	280	283	251	293	358	419	314
HAP MCO	53	29	33	28	208	292	107
HAP SSR	-	-	1	4	27	16	12
HAP PSY	8	5	9	13	28	25	15
Total HAP	61	34	43	45	263	333	130
Total TCA	787	778	727	782	1367	1618	1010

Tableau 4 : nombre de personnes prises en charge en HDJ dans les deux établissements ayant la plus forte progression d'activité entre 2014 et 2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
CH SAINTE ANNE	45	65	49	63	231	258
ETB SANTE MENTALE DE PARIS MGEN	0	19	13	55	87	126

B. Place des établissements spécialisés TCA dans la prise en charge

Les établissements spécialisés jouent dans chaque région un rôle clef dans la structuration de la prise en charge des TCA. A cet égard, la région IDF présente une spécificité du fait de son importance démographique et de la multiplicité des équipes spécialisées et/ou universitaires disposant de compétences clefs et de ressources complémentaires. Cette particularité est porteuse d'opportunités en termes de développement équilibré sur le territoire d'une prise en charge adaptée pour l'ensemble des usagers, mais également d'un risque de moindre lisibilité de l'offre en l'absence de coordination suffisante.

Nous nous attachons donc dans les sections qui suivent à identifier les structures spécialisées et leurs spécificités.

1. Identification des établissements spécialisés TCA

Les établissements spécialisés TCA ont été identifiés selon le niveau d'activité fixé dans le rapport DGOS-FFAB pour définir les centres de recours et de coordination pour les TCA de niveau 2 (voir Tableau 5). Les centres spécialisés TCA devaient donc hospitaliser plus de 20 nouveaux patients par an

pour être considérés comme des centres de niveau 2. Ce type de critère a déjà été utilisé par le Royal College of Psychiatrists pour définir les centres spécialisés en Grande-Bretagne (58).

Tableau 5 : critères de définition des niveaux des centres de recours et de coordination pour les TCA proposés par la FFAB et cités dans le rapport DGOS-FFAB sur l'offre de soins pour les TCA en France

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
	= critères niveau 1 +	= critères niveau 2 +
<p><u>Evaluation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - psychiatrique/pédopsychiatrique - somatique - bilan biologique - bilan diététique <p>Formalisée sous forme d'un compte-rendu interdisciplinaire permettant une orientation vers des soins adaptés</p> <p><u>Soins pluridisciplinaires non spécialisés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - somatiques - psychothérapeutiques - diététiques - psycho-éducatifs - implication de la famille <p>Utilisation d'indicateurs de suivi et Evaluations des Pratiques Professionnelles</p>	<p><u>Evaluation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - valide, sur cahier des charges commun - en unités/lits dédiés TCA - au moins 20 nouveaux patients hospitalisés par an (y compris HDJ) <p><u>Soins pluridisciplinaires spécialisés TCA :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - professionnels formés aux TCA - diversité des approches psychothérapeutiques spécialisées <p>Participation à la formation et à la recherche TCA</p>	<p><u>Soins incluant tous les niveaux et tous les besoins hyperspécialisés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - pluridisciplinaires, associant réanimation, unités de soins somatiques et nutritionnels adulte et service de pédiatrie, de psychiatrie et de pédopsychiatrie - du jeune enfant au sujet âgé - en consultations ambulatoires - HDJ spécialisé TCA, y compris HDJ intensif - HTC spécialisée TCA psychiatrique et somatique - voire hospitalisation sous contrainte - file active annuelle chez l'adulte HTC+HDJ >50/an <p>Coordination des parcours de soins et coordination des acteurs pour structurer des filières de soins territoriales</p> <p>Formation/enseignement régional ou national</p> <p>Promoteur de projets de recherche</p>

Les données du PMSI ont donc été utilisées pour identifier les établissements ayant au total plus de 20 personnes prises en charge pour TCA (AM, BN ou HAP) durant l'année 2019, en HTC ou HDJ, quel que soit le champ d'activité (MCO, SSR ou PSY). Ces informations étant administratives, la liste d'établissements-candidats ainsi établie a été étudiée avec le Comité de pilotage pour identifier les services spécialisés TCA parmi les listes des établissements repérés.

Bien que leur nombre d'HTC ait été de 20 pour l'AM sur l'année 2019, l'hôpital de la Pitié Salpêtrière et l'hôpital Saint Antoine n'ont pas été inclus dans la liste des établissements spécialisés TCA car le Réseau TCA Francilien n'identifiait pas de service spécialisé TCA dans ces hôpitaux. Il a été considéré que le seuil était atteint en raison de l'activité générale importante de ces hôpitaux.

De même, quatre établissements prenant en charge des personnes présentant une d'obésité ont été identifiés en raison du nombre d'hospitalisations de personnes souffrant de BN ou d'HB mais n'apparaissent pas dans la liste des établissements spécialisés TCA car les services interrogés par le Réseau TCA Francilien ont indiqué qu'ils prenaient en charge des personnes pouvant souffrir de TCA mais ne disposaient pas de soins spécifiques pour ces troubles et intervenaient uniquement sur le plan nutritionnel. D'autres n'ont pas répondu à nos sollicitations laissant penser que les prises en charge n'étaient pas non plus spécifiques pour les TCA. De plus, les codes utilisés dans le PMSI ne sont pas toujours adaptés aux classifications actuelles : le code utilisé pour l'HB par les services spécialisés peut en fait regrouper d'autres types d'hyperphagies.

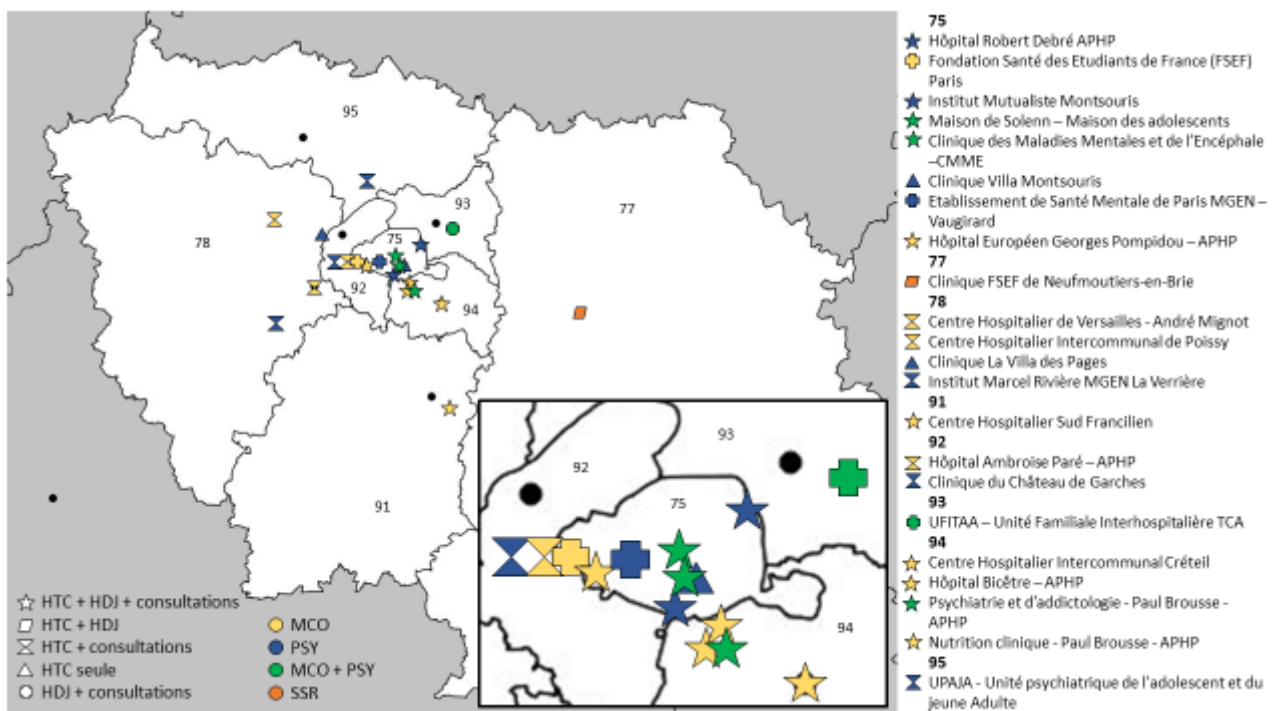
Certains établissements ont ensuite été ajoutés en raison de leur activité spécialisée TCA qui, bien que moins importante en volume d'activité, était connue du Réseau TCA Francilien comme un recours possible pour les soins TCA (≥ 15 personnes sur l'année).

Au total, **22 services spécialisés TCA ont été identifiés dans 21 établissements d'IDF** (voir Figure 3Figure 3) :

- Clinique du Château de Garches
- Clinique FSEF de Neufmoutiers-en-Brie, Fondation Santé des Etudiants de France (FSEF)
- Clinique Villa Montsouris, Paris
- CMME – Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale, GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, Site Sainte Anne, Paris
- Département de Psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, Institut Mutualiste Montsouris, Paris
- Département de Psychiatrie et d'Addictologie, Hôpital Paul Brousse – APHP, Villejuif
- Etablissement de Santé Mentale de Paris MGEN, Site Vaugirard
- Pédiatrie générale – Médecine de l'adolescent, Hôpital Bicêtre – APHP, Le Kremlin-Bicêtre
- Pôle Psychiatrie et Psychopathologique de l'adolescent et du jeune adulte, Institut Marcel Rivière MGEN La Verrière, Le Mesnil Saint Denis
- Service de Médecine et de Psychopathologie de l'adolescent, Maison de Solenn – Maison des adolescents, Hôpital Cochin – APHP, Paris
- Service de Nutrition - Unité Transversale de Nutrition, Hôpital Européen Georges Pompidou – APHP, Paris
- Service de Nutrition clinique, Hôpital Paul Brousse – APHP, Villejuif (Le service de Nutrition de l'Hôpital Raymond Poincaré a déménagé en 2019 à l'Hôpital Paul Brousse pour permettre un rapprochement avec le service de psychiatrie de l'Hôpital Paul Brousse)
- Service de Pédiatrie - Unité de Médecine de de l'adolescent, Centre Hospitalier Sud Francilien, Corbeil-Essonnes
- Service de Pédiatrie - Unité de Médecine de l'adolescent, Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy
- Service de Pédiatrie – Unité de Médecine de l'adolescent, Hôpital Ambroise Paré – APHP, Boulogne-Billancourt

- Service de Pédiatrie adolescents - Service de Pédopsychiatrie, Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
- Service de Pédiatrie, Centre Hospitalier de Versailles, Site André Mignot
- Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – Pôle TCA à début précoce, Hôpital Robert Debré – APHP, Paris
- SHU-SMAJA – Service Hospitalo-Universitaire de Santé Mentale de l'Adolescent et du Jeune Adulte, Fondation Santé des Etudiants de France (FSEF), Paris
- Services de Pédopsychiatrie et de Psychiatrie adulte, Clinique La Villa des Pages, Le Vésinet
- UFITAA – Unité Familiale Interhospitalière pour les Troubles du Comportement Alimentaire de l'Adolescent, Hôpital Jean Verdier – APHP, Bondy
- UPAJA - Unité Psychiatrique de l'Adolescent et du Jeune Adulte, Hôpital Simone Veil, Evry

Figure 3 : répartition de l'offre de soins spécialisés TCA en IDF



2. Capacités de prise en charge des établissements spécialisés TCA

Ces informations, de nature déclarative, sont issues de l'enquête auprès des services spécialisés dont la méthode est présentée en Annexe 2.

a) Capacités d'hospitalisation dans les services spécialisés TCA

En IDF, le Réseau TCA Francilien identifie donc 22 services spécialisés dans 21 établissements de santé différents, proposant des types de prises en charge variés (voir Tableau 6).

Tableau 6 : types de prises en charge possibles dans les différents services spécialisés TCA

Types de soins disponibles	Nombre d'établissements	% d'établissements
HTC	19	86%
Hospitalisations séquentielles	9	41%
Hospitalisations de semaine	3	14%
Hospitalisations de nuit	1	5%
Hospitalisations à domicile	3	14%
HDJ d'évaluation	10	45%
HDJ de suivi	14	64%
CATTP	1	5%
Consultations sur RDV	18	82%
Consultations sans RDV		
- nouveaux patients	5	23%
- patients suivis	4	18%
Consultations en urgence		
- nouveaux patients	6	27%
- patients suivis	6	27%
Téléconsultations		
- nouveaux patients	4	18%
- patients suivis	9	41%

Ces services spécialisés correspondent à (voir Tableau 7) :

- Une capacité d'**HTC de 201 lits**. Suivant la configuration et le niveau de spécialisation TCA des services, ces lits sont soit des lits dédiés uniquement aux personnes souffrant de TCA soit une capacité maximale théorique déterminée par le service : les durées d'hospitalisation pour TCA étant souvent longues par rapport à d'autres types d'hospitalisation, certains services ne disposant pas d'unité dédiée TCA fixent un nombre maximal théorique de lits occupés simultanément par des personnes dénutries, afin de pouvoir continuer de répondre également aux autres urgences.
- Une capacité de **113 personnes par semaine en HDJ**. La fréquence de la prise en charge peut être très variable au sein d'un même service et d'une structure à l'autre (de 1 fois par mois à 5 fois par semaine). Le nombre de places administratives dans un HDJ ne correspond pas au nombre de personnes pouvant être prises en charge simultanément. Nous avons donc calculé le nombre de personnes différentes pouvant être hospitalisées au cours d'une même semaine dans un HDJ donné (quelle que soit la fréquence de la prise en charge). Ce nombre de personnes par semaine ne représente donc pas le volume d'activité totale (nombre de journées du PMSI) des services en HDJ.

Tableau 7 : capacités d'hospitalisation et de consultation déclarées par les services spécialisés TCA

	HTC	HDJ	Csl	HTC + csl*	HDJ + csl	Les 3 possibilités
Nombre établissements	19	14	18	16	14	10
Nombre lits ou personnes/sem	201	113	-	-	-	-

*Comprenant les consultations à la clinique du Château de Garches

b) Capacités d'hospitalisation par tranche d'âge

Les établissements ont été classés en fonction de la tranche d'âge qu'ils prenaient majoritairement en charge : enfant, adolescent ou adulte. La définition des tranches d'âge accueillies est très variable en fonction des services (voir Annexe 4). Les services de Pédiatrie ou de Médecine de l'adolescent sont généralement limités à la prise en charge des mineurs (<18 ans). Ceux dans lesquels il existe un âge maximum correspondant aux jeunes adultes ont été classés dans la catégorie adolescents. Ceux prenant en charge à la fois des adultes et des adolescents ont été classés dans l'une ou l'autre des catégories en fonction de la tranche d'âge représentant la majorité de leur activité.

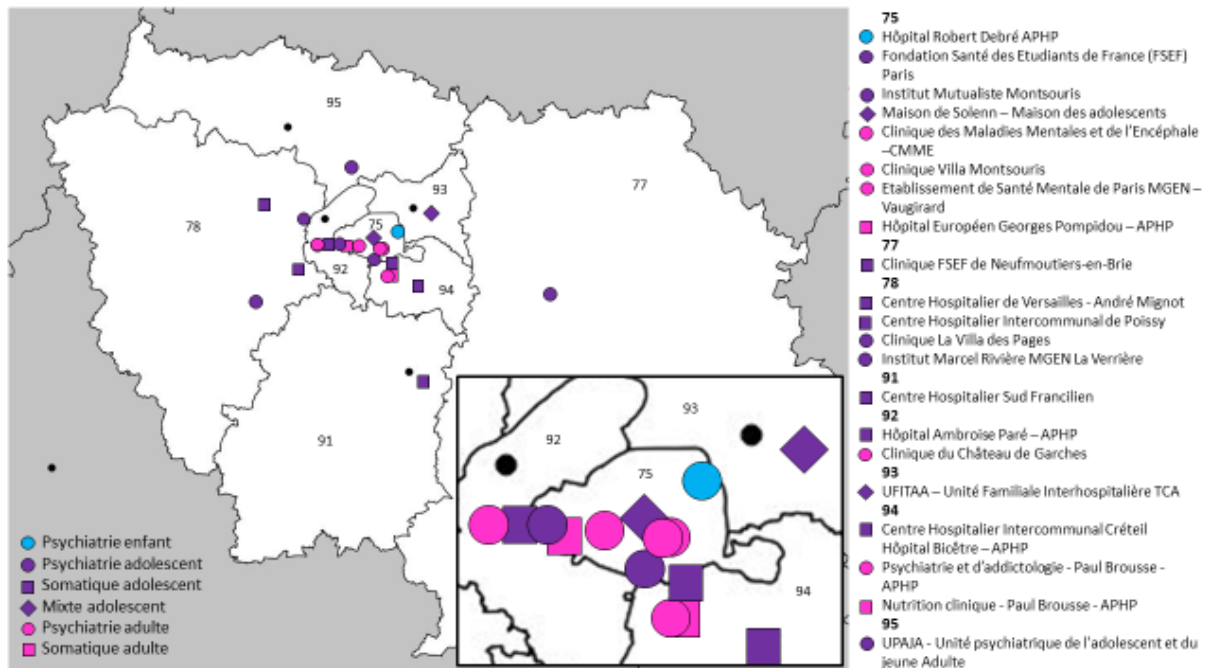
Le Tableau 8 détaille le nombre de lits et places déclarés par les services spécialisés TCA par tranche d'âge.

Tableau 8 : répartition des capacités d'HTC et d'HDJ par tranche d'âge et catégorie d'établissement

	HTC				HDJ			
	Public	ESPIC	Privé	Total	Public	ESPIC	Privé	Total
Enfants	9	-	-	9	7	-	-	7
Adolescents	41	34	6	81	21	29	-	50
Adultes	65	-	46	111	26	30	-	56

La Figure 4 reprend la répartition des services spécialisés TCA par tranche d'âge et selon leur orientation principale. Les services « mixtes » sont ceux construits sur une approche transdisciplinaire qui permet d'aborder des sujets complexes qu'une seule discipline ne pourrait appréhender seule, au-delà de la pluridisciplinarité qui juxtapose des disciplines complémentaires.

Figure 4 : répartition des services spécialisés TCA par tranche d'âge accueillie et orientation principale du service



c) Possibilités de prise en charge ambulatoire

La pluridisciplinarité se généralise dans les services spécialisés TCA. A l'heure actuelle, la majorité des équipes sont pluridisciplinaires : elles intègrent des professionnels du champ psychiatrique lorsqu'elles sont à dominante somatique et inversement. Certaines ont été construites de façon transdisciplinaire.

Cette pluridisciplinarité est toutefois moins présente dans l'offre de consultation (voir Tableau 9) notamment car les consultations des professionnels non médecins ne sont pas valorisées en MCO et sont peu disponibles en psychiatrie. Ainsi, peu d'approches psychologiques, diététiques ou corporelles peuvent être proposées en ambulatoire en raison de l'absence de tarification possible et des temps restreints des professionnels (ces approches sont donc le plus souvent proposées de façon privilégiée aux personnes hospitalisées).

La plupart des services spécialisés TCA proposent des consultations. Seuls trois établissements n'en disposent pas : les médecins de deux des cliniques privées consultent à l'extérieur de la clinique dans des cabinets libéraux ; le dernier établissement est une clinique de soins-études ne faisant pas de suivi en consultation.

Tableau 9 : types de consultation disponibles dans les 19 services spécialisés TCA proposant des consultations

Types de consultation	Nombre d'établissements	% d'établissements
Pédopsychiatrie	8	42%
Psychiatrie adulte	8	42%
Pédiatrie	9	47%
Médecine de l'adolescent	8	42%
Médecine générale	1	5%
Nutrition	8	42%
Cardiologie	1	5%
Dermatologie	1	5%
Endocrinologie	10	53%
Gastro-entérologie	2	11%
Gynécologie	4	21%
Médecine interne	0	0%
Assistance sociale	14	74%
Activité physique adaptée	2	11%
Ondotologie	1	5%
Diététique	12	63%
Ergothérapie	0	0%
Infirmier	4	21%
Kinésithérapie	0	0%
Psychologie	12	63%
Psychomotricité	6	32%
Sexologie	1	5%
Socio-esthétique	1	5%

3. Les modalités de fonctionnement des services spécialisés TCA

a) Les modalités d'accès aux soins

Les services spécialisés TCA ont été interrogés sur les modalités d'accès (voir Tableau 10) et les délais habituels pour débiter des soins pour TCA dans leur service (avant la crise Covid).

(1) HTC

Les demandes d'admission en HTC passent toujours par une demande médicale. Celle-ci nécessite le courrier d'un médecin adresseur dans 58% des cas. Deux services de psychiatrie demandent que ce médecin soit préférentiellement un psychiatre afin de s'assurer que le suivi ambulatoire sera en place au décours de l'hospitalisation. Trois services (16%) n'admettent les personnes en HTC qu'après une évaluation en HDJ ou en consultation dans leur service. Enfin, les services ayant des possibilités d'accès direct, sans orientation préalable par un médecin extérieur à l'établissement, sont des services dont les admissions de personnes souffrant de TCA se font régulièrement via les urgences de l'hôpital où ils

se trouvent. La clinique du Château de Garches est une exception car certains usagers y sollicitent directement une admission.

Les délais pour une admission sont très variables d'un service à l'autre. Les services d'orientation principalement somatique maintiennent des délais d'admission en HTC courts, de moins d'une semaine, et répondent aux urgences somatiques rapidement (*voir infra*, paragraphe IIB3b).

Les services de psychiatrie des cliniques privées (à but lucratif) ont le plus souvent des délais d'admission inférieurs à un mois.

En l'absence d'urgence vitale, les délais d'attente pour une HTC varient de 1 à 6 mois. Ils sont souvent supérieurs à 2 mois dans les services d'orientation psychiatrique.

(2) HDJ

Toutes les prises en charge en HDJ nécessitent une orientation médicale par un médecin extérieur à la structure ou via une évaluation préalable en consultation ou en HTC dans le service.

Les délais pour une admission en HDJ varient le plus souvent de 3 à 6 semaines mais s'ajoutent parfois aux délais nécessaires pour avoir une première évaluation en consultation ou en HTC. Les deux services de nutrition adultes peuvent toutefois avoir des délais d'admission très courts en HDJ pour permettre une évaluation rapide.

En 2020, **la plupart des HDJ TCA font essentiellement du suivi**, à l'exception de l'HDJ de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, qui comporte une part importante d'activité d'évaluation (Centre Expert de la CMME), avec l'objectif d'orienter ensuite les patients.

(3) Consultations

La moitié des services proposant des consultations pour TCA nécessitent **une orientation par un médecin ou une première évaluation en HDJ** (à la CMME et dans l'établissement Paris MGEN où l'activité de consultation est limitée aux relais de prises en charge en HDJ). Dans **l'autre moitié des services** spécialisés, **l'utilisateur (ou ses parents) peut lui-même demander une consultation**, parfois directement par Doctolib ou via un accueil sans rendez-vous au sein de l'établissement (éventuellement prévu pour être accessible aux mineurs non accompagnés d'un adulte).

Les délais pour une première consultation dans un service spécialisé TCA sont le plus souvent compris **entre 1 et 2 mois**.

La plupart des services spécialisés TCA font **essentiellement des consultations de suivi**. Lorsqu'ils sollicitent une consultation pour TCA, peu d'utilisateurs sont réorientés après une première évaluation. Le service de nutrition de l'hôpital Paul Brousse déclare toutefois 30% de consultations d'évaluation et la Maison de Solenn à l'hôpital Cochin 15%.

Tableau 10 : modalités d'accès aux différents types de prise en charge dans les services spécialisés TCA

	HTC		HDJ		Consultations	
	Nb étab	% étab	Nb étab	% étab	Nb étab	% étab
Orientation médicale nécessaire (courrier d'un médecin)	11	58%	6	40%	7	39%
Admission interne uniquement via les autres modes de soins	3	16%	8	53%	2	11%
Possibilité d'accès direct	5	26%	0	0%	9	50%

b) Les capacités d'HTC rapide

La capacité de prise en charge rapide en HTC pour TCA représente une ressource spécifique pour la population, distincte de la capacité globale d' HTC. Une étude anglaise portant sur les services de psychiatrie pour adolescents souligne que les personnes admises en urgence (définie ici comme une admission en moins de 24h) peuvent avoir des besoins de soins différents de ceux dont l'admission est planifiée, ce qui aboutit à des services ayant des modes de fonctionnement différents (services de crise et services pour des prises en charge plus longues) avec des objectifs de soins différents (59).

En IDF, 73% des services spécialisés TCA déclarent être capables d'admettre « rapidement » des personnes (en moins d'une semaine). Les services répondant à ce type de demandes sont en fait des services de pédiatrie/médecine de l'adolescent ou de nutrition, ainsi que les cliniques du secteur privé à but lucratif. En pratique, **les admissions rapides dans des services spécialisés TCA se font le plus souvent sur des critères d'urgence somatiques**, en raison de la dénutrition, et ont souvent des objectifs de soins (de renutrition notamment) différents de ceux des services proposant des prises en charge programmées et plus longues.

Une admission rapide, hors urgence somatique, est également possible dans les services de psychiatrie de certains établissements privés, où les consultations de pré-admissions et les admissions peuvent être rapprochées et avec des délais courts. Le reste à charge pour les usagers (hospitalisation ayant un coût supérieur à celui pris en charge par la Sécurité sociale) est toutefois significatif et limite leur accessibilité et la portée de cette offre dans l'organisation générale de l'offre de soins sur le territoire francilien.

c) La possibilité de transfert vers un autre service au sein du même établissement

La plupart des services spécialisés TCA décrivent **des difficultés importantes à transférer une personne prise en charge en HTC pour TCA lorsque cela est nécessaire, entre services somatiques et psychiatriques** (nécessité de d'HTC somatique alors que la personne est prise en charge en psychiatrie ou inversement ; voir Tableau 11). Cette difficulté est en partie liée à la spécialisation des établissements (peu de lits de pédopsychiatrie dans les hôpitaux généraux par exemple ou peu/pas de lits de médecine somatique dans les cliniques psychiatriques) mais aussi à une certaine réticence des équipes non spécialisées TCA à prendre en charge ces usagers. En effet, de nombreuses équipes non

spécialisées craignent de ne pas être compétentes ou redoutent les durées d'hospitalisation longues qui peuvent y être associées et qui les mettent en difficulté dans la gestion des lits.

En revanche, en cas de risque vital, la surveillance continue ou le transfert en réanimation sont généralement possibles. Plus de la moitié (58%) des services interrogés peuvent transférer une personne souffrant de TCA dans le service de réanimation de leur établissement. Les huit services TCA ayant répondu « non » à cette question sont les cliniques n'ayant pas de service de réanimation et trois services de pédiatrie/médecine de l'adolescent où la surveillance continue des jeunes instables sur le plan somatique s'organise le plus souvent dans le service lui-même.

Tableau 11 : possibilités de transfert d'une personne en HTC dans un service spécialisé TCA vers un autre service au sein du même établissement

	Nb d'étab où le transfert est possible au sein du même étab	Nb de services TCA potentiellement concernés	% d'étab
Transfert possible depuis un service de psychiatrie vers un service somatique	2	9	22%
Transfert possible depuis un service somatique vers un service de psychiatrie	1	9	11%
Transfert possible en réanimation	11	19	58%

4. Part de l'activité réalisée par les établissements spécialisés TCA

Les données d'activité recueillies permettent de préciser le rôle joué par les établissements spécialisés dans la prise en charge régionale. Les données d'hospitalisation issues du PMSI pour l'année 2019 montrent que sur plus de 3500 personnes souffrant de TCA hospitalisées en IDF, **environ 2400 sont prises en charge dans des services spécialisés TCA** (voir Tableau 12). Ainsi, **près des $\frac{2}{3}$ des personnes ayant un TCA hospitalisées le sont dans des services spécialisés dans la prise en charge des TCA.**

Il existe toutefois des différences importantes en fonction des pathologies ou des types d'activité. L'HAP, en particulier, est plus fréquemment prise en charge dans les services non spécialisés, en particulier en SSR et en HDJ MCO. Au total, 71% des personnes hospitalisées avec une AM sont prises en charge dans des établissements spécialisés alors que seules 25% le sont quand elles souffrent d'HAP.

Les durées moyennes d'hospitalisation dans les différents types de service sont regroupées en Annexe 4.

Tableau 12 : pourcentage de personnes ayant des TCA prises en charge dans les établissements ayant une activité spécialisée TCA en 2019

Pathologie et champ d'activité de la prise en charge	Personnes prises en charge en HTC			Personnes prises en charge en HDJ			Ensemble des hospitalisations (HTC+HDJ)		
	Centres spécialisés TCA	Total des établissements	% représenté par les services spécialisés	Centres spécialisés TCA	Total des établissements	% représenté par les services spécialisés	Centres spécialisés TCA	Total des établissements	% représenté par les services spécialisés
AM MCO	470	901	52,2%	548	618	88,7%	1 018	1 519	67,0%
AM SSR	10	57	17,5%	6	11	54,5%	16	68	23,5%
AM PSY	464	559	83,0%	200	237	84,4%	664	796	83,4%
Total AM	944	1517	62,2%	754	866	87,1%	1 698	2 383	71,3%
BN MCO	153	237	64,6%	228	264	86,4%	381	501	76,0%
BN SSR	0	109	0,0%	0	24	0,0%	0	133	0,0%
BN PSY	76	97	78,4%	124	131	94,7%	200	228	87,7%
Total BN	229	443	51,7%	352	419	84,0%	581	862	67,4%
HAP MCO	37	68	54,4%	47	292	16,1%	84	360	23,3%
HAP SSR	0	59	0,0%	0	16	0,0%	0	75	0,0%
HAP PSY	11	16	68,8%	22	25	88,0%	33	41	80,5%
Total HAP	48	143	33,6%	69	333	20,7%	117	476	24,6%
MCO	660	1206	54,7%	823	1174	70,1%	1483	2380	62,3%
SSR	10	225	4,4%	6	51	11,8%	16	276	5,8%
PSY	551	672	82,0%	346	393	88,0%	897	1065	84,2%
Tout TCA	1221	2103	58,1%	1175	1618	72,6%	2396	3721	64,4%

5. Activité des établissements spécialisés TCA

a) Remarques générales et limites

Les chiffres issus du PMSI par établissement sont globalement cohérents avec ceux déclarés par les services eux-mêmes lors de l'enquête auprès des services spécialisés TCA.

Mais ils peuvent parfois être surestimés pour différentes raisons :

- Codage de séjours TCA dans d'autres services de l'établissement que le service ayant une activité spécifique TCA
- Codage d'un même sujet en HTC et en HDJ sur la même année
- Ou codage d'un sujet dans deux champs d'activité différents au cours de l'année (MCO et PSY par exemple).

Il existe aussi des risques de sous-estimation :

- TCA « autres » (hors des codes AM, BN, HAP du PMSI) non pris en compte dans ce rapport car trop peu spécifiques en dehors des unités spécialisées TCA

- Activité TCA des unités psychiatriques APHP en partie englobée dans le code FINESS psychiatrie APHP
- Grève du codage, notamment à l'APHP, en 2019.

b) Nombre de personnes prises en charge en 2019 dans les établissements ayant une activité TCA

Les Tableaux 13 et 14 regroupent respectivement les chiffres retrouvés dans le PMSI pour l'HTC et l'HDJ pour chaque établissement dans lequel un service TCA a été identifié.

Les établissements CH Sainte Anne et GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences ont été groupés car il semble que l'activité de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale de l'hôpital Sainte soit codée dans l'un pour le champ MCO et dans l'autre pour le champ PSY.

Les chiffres de l'hôpital Raymond Poincaré de Garches et de l'hôpital Paul Brousse de Villejuif ont également été additionnés en raison du déménagement du service de nutrition de Garches à Villejuif au cours de l'année 2019.

Il faut noter que les services codant en PSY à l'APHP ont la particularité d'être tous regroupés sous un code unique ne permettant pas d'identifier les établissements individuellement. Cette ligne regroupe notamment l'activité du département de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Paul Brousse et celle du service de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent de l'hôpital Robert Debré. Par ailleurs, l'activité de l'unité psychiatrique spécialisée TCA de l'hôpital Paul Brousse est répartie dans deux champs différents dans les tableaux suivants : l'activité PSY Assistance Publique-Hôpitaux de Paris pour l'HTC et celle MCO HU Paris Sud Site Paul Brousse APHP pour l'HDJ.

Tableau 13 : nombre de personnes prises en charge en HTC en 2019 dans les établissements ayant une activité TCA

Dpt	Etablissement	AM	BN	HAP	ARFID	Total TCA
75	GHU PARIS PSY ET NEUROSCIENCES	126	84	2	0	212
75	HU PARIS CENTRE SITE COCHIN APHP	105	33	25	1	164
94	HU PARIS SUD SITE PAUL BROUSSE APHP	100	22	4	0	126
75	CLINIQUE VILLA MONTSOURIS	88	31	5	X	124
75	ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS Comprenant l'HTC PSY des hôpitaux APHP Paul Brousse et Robert Debré	104	13	1	X	118
78	INSTITUT MARCEL RIVIERE	61	3	4	0	68
94	HU PARIS SUD SITE KREMLIN BICETRE APHP	47	3	3	9	62
75	INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS	51	5	0	X	56
78	CLINIQUE VILLA DES PAGES	34	7	0	X	41
92	HU OUEST SITE AMBROISE PARE APHP	34	4	1	0	39
91	CH SUD FRANCILIEN SITE JEAN JAURES	34	1	1	1	37
78	CH DE VERSAILLES SITE ANDRE MIGNOT	31	2	1	1	35
78	CHI POISSY ST GERMAIN SITE DE POISSY	22	6	0	2	30
94	CHI DE CRETEIL	23	4	0	0	27
75	HU PARIS OUEST SITE G POMPIDOU APHP	22	4	0	0	26
92	CLINIQUE DU CHATEAU DE GARCHES	18	3	0	X	21
93	HU PARIS SITE JEAN VERDIER APHP	15	1	1	1	18
77	CMPA NEUFMOUTIERS (FSEF)	10	0	0	0	10
95	GHEM SIMONE VEIL SITE EAUBONNE	10	0	0	X	10

Tableau 14 : nombre de personnes prises en charge en HDJ en 2019 dans les établissements ayant une activité TCA

Dpt	Etablissement	AM	BN	HAP	ARFID	Total TCA
75	GHU PARIS PSY ET NEUROSCIENCES	262	152	27	0	441
75	ETB SANTE MENTALE DE PARIS MGEN	126	109	11	0	246
94	HU PARIS SUD SITE PAUL BROUSSE APHP	145	49	9	0	203
75	HU PARIS CENTRE SITE COCHIN APHP	37	5	10	0	52
93	HU PARIS SITE JEAN VERDIER APHP	30	21	0	1	52
78	INSTITUT MARCEL RIVIERE	32	8	3	0	43
75	ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS Comprenant l'HDJ PSY de Robert Debré	19	3	8	1	31
75	CLINIQUE MEDICALE EDOUARD RIST (FSEF)*	28	2	0	0	30
91	CH SUD FRANCILIEN SITE JEAN JAURES	23	0	0	6	29
94	HU PARIS SUD SITE KREMLIN BICETRE APHP	12	0	1	0	13
75	INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS	12	1	0	0	13
77	CMPA NEUFMOUTIERS	6	0	0	0	6
95	GHEM SIMONE VEIL SITE EAUBONNE	5	0	0	0	5
92	HU OUEST SITE AMBROISE PARE APHP	4	0	0	0	4
78	CLINIQUE VILLA DES PAGES	2	1	0	0	3
75	HU PARIS OUEST SITE G POMPIDOU APHP	2	1	0	0	3
78	CH DE VERSAILLES SITE ANDRE MIGNOT	2	0	0	0	2
78	CHI POISSY ST GERMAIN SITE DE POISSY	1	0	0	0	1

*Ouverture du service spécialisé TCA en 2019

c) *Activité déclarée par les services spécialisés TCA*

(1) *Files actives dans les services spécialisés TCA*

Les données d'activité des services sont difficiles à synthétiser. En effet, les chiffres disponibles sont différents en fonction des services. Ils sont le plus souvent issus des données PMSI mais les habitudes de codage varient entre les services (notamment concernant le choix de codage des types de TCA). Le séquençage de certains séjours longs et les changements de mode de prise en charge au sein d'un même établissement (HTC/HDJ ou MCO/PSY) rendent parfois difficile l'interprétation du nombre d'hospitalisation et des durées de séjours (voir Annexe 3 pour les durées de séjours).

Le nombre de nouveaux patients pris en charge est particulièrement compliqué à obtenir car il ne correspond à aucun indicateur dans le PMSI.

Les motifs de consultation ne sont pas codés dans le PMSI en MCO. Malgré les efforts de certains services pour suivre l'activité de consultation spécifique TCA, il est donc particulièrement difficile de suivre cette activité de consultation TCA dans l'ensemble des services actuellement.

Le Tableau 15 reprend les chiffres déclarés par les services spécialisés TCA par discipline. Six services ont répondu en donnant leur activité de l'année 2020 au lieu de celle de 2019, le plus souvent en raison de l'ouverture du service ou de l'unité.

Tableau 15 : files actives d'usagers souffrant de TCA déclarées par les services spécialisés

Spécialité/discipline du service	Nombre étab	File active HTP	File active HTP sous contrainte	File active OPP	File active HDJ
Pédiatrie	4	113	0	0	0
Médecine de l'adolescent	2	41	0	0	12
Médecine de l'adolescent, pédopsychiatrie et nutrition	1	94	0	0	52
Nutrition	2	189	10	0	10
Pédopsychiatrie et médecine de l'adolescent	1	0	0	0	55
Pédopsychiatrie	4	168	1	1	158
Psychiatrie	4	484	31	0	612
Total	18	1089	42	1	899

Quatre services n'ont pas répondu à ces questions sur leurs files actives (la Villa des Pages, l'UPAJA à l'hôpital Simone Veil, l'Etablissement de Santé Mentale Paris MGEN et le service de médecine de l'adolescent du Centre Hospitalier Sud Francilien). Ces établissements hospitalisant très peu d'usagers ayant un TCA hors de leur service spécialisé TCA, nous avons estimé leur activité propre grâce aux seuls

chiffres du PMSI d'IDF pour compléter les données déclaratives. Plus généralement, nous avons pu constater que **les chiffres déclarés par chaque service spécialisé TCA étaient cohérents avec ceux retrouvés dans le PMSI pour les établissements d'IDF : environ 2400 personnes par an sont hospitalisées dans un service spécialisé TCA** (voir Tableau 12 pour les chiffres du PMSI et Tableau 15 pour les chiffres déclaratifs, qui concernent seulement 18 services).

(2) Taux de réhospitalisation

Le taux de réhospitalisation a été évalué par chaque service en estimant le pourcentage de personnes hospitalisées sur une année qui avaient déjà été hospitalisées dans le même service au cours des années précédentes (il ne prend donc pas en compte les personnes déjà hospitalisées dans un autre service spécialisé).

Cinq services ont évalué ce taux de réhospitalisation à moins de 5%, généralement du fait de l'ouverture récente du service ou de son mode de fonctionnement (par exemple, maintien sur le long terme d'une prise en charge en HDJ dont la fréquence diminue progressivement et réaugmente en cas de rechute).

Pour les autres services, les taux de réhospitalisation estimés étaient compris entre 10 et 30%. Cette variabilité semble liée à la sévérité des troubles dont souffrent les personnes prises en charge et au type de soins proposés : un jeune ayant, par exemple, déjà été hospitalisé une ou deux fois en pédiatrie ou en médecine de l'adolescent est le plus souvent orienté dans un service de psychiatrie si une 3^e hospitalisation est nécessaire.

6. Le rôle de recours national des services spécialisés TCA d'IDF

Les calculs des paragraphes qui suivent s'appuient sur le **nombre de séjours** comptabilisés par établissement². Les séjours ont été dénombrés selon l'origine géographique des usagers au sens du PMSI, c'est-à-dire au lieu de résidence des personnes prises en charge.

L'essentiel de l'activité des services spécialisés TCA d'IDF concerne des usagers habitant la région. Certains établissements spécialisés TCA jouent cependant un rôle de recours sur le territoire national, notamment l'équipe de nutrition clinique de l'hôpital Paul Brousse (auparavant à l'hôpital Raymond Poincaré) ou l'hôpital Robert Debré pour les TCA de l'enfant (plus de 20% de séjours concernant des personnes habitant hors IDF). La clinique du Château de Garches a un très fort recrutement hors IDF par rapport aux autres établissements (51%), elle représente une offre de soins particulière car non conventionnée (avant janvier 2023). Dans les autres établissements, jusqu'à 12% de l'activité concerne des usagers habitant hors IDF. Quatre structures ont un recrutement local complet, elles sont

² Pour mémoire, les autres exploitations du PMSI présentées s'appuient sur le nombre de personnes prises en charge à l'année dans chaque secteur d'hospitalisation (voir Annexe 1).

implantées dans des départements peu dotés en services spécialisés TCA et/ou ont un fonctionnement en HDJ (voir Tableau 16).

Il faut noter que les chiffres disponibles ici ne concernent que l'activité de recours national en hospitalisation (HTC ou HDJ) et ne permettent pas d'identifier les évaluations faites en consultation ou les expertises des équipes d'IDF sollicitées par des collègues hors IDF, généralement faites par téléphone.

Il faut enfin souligner que parmi les établissements ayant le plus fort recrutement hors IDF, on retrouve les trois établissements privés (à but lucratif), dont le surcote des prises en charge peut jouer sur l'origine géographique des personnes hospitalisées.

Tableau 16 : pourcentage de séjours concernant des personnes habitant hors IDF dans chaque établissement ayant une activité spécialisée TCA en 2019

Dpt	Etablissement	Nombre total de séjours TCA	Nombre séjours hors IDF	% séjours hors IDF
92	CLINIQUE DU CHATEAU DE GARCHES	37	19	51,4%
75	ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS Comprenant l'HTC PSY des hôpitaux APHP Paul Brousse et Robert Debré	508	119	23,4%
92	HU PARIS SITE RAYMOND POINCARE APHP	106	22	20,8%
75	CLINIQUE VILLA MONTSOURIS	148	18	12,2%
78	CLINIQUE VILLA DES PAGES	51	6	11,8%
94	HU PARIS SUD SITE PAUL BROUSSE APHP	1191	140	11,8%
94	HU PARIS SUD SITE KREMLIN BICETRE APHP	106	10	9,4%
75	INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS	100	9	9,0%
75	GHU PARIS PSY ET NEUROSCIENCES	191	16	8,4%
75	HU PARIS CENTRE SITE COCHIN APHP	720	58	8,1%
75	HU PARIS OUEST SITE G POMPIDOU APHP	31	2	6,5%
75	CH SAINTE ANNE	2293	89	3,9%
91	CH SUD FRANCILIEN SITE JEAN JAURES	80	3	3,8%
92	HU OUEST SITE AMBROISE PARE APHP	59	2	3,4%
94	CHI DE CRETEIL	29	1	3,4%
78	INSTITUT MARCEL RIVIERE	180	6	3,3%
77	CMPA NEUFMOUTIERS	32	1	3,1%
78	CH DE VERSAILLES SITE ANDRE MIGNOT	40	1	2,5%
75	ETB SANTE MENTALE DE PARIS MGEN	327	6	1,8%
75	CLINIQUE MEDICALE EDOUARD RIST	447	0	0%
78	CHI POISSY ST GERMAIN SITE DE POISSY	52	0	0%
93	HU PARIS SITE JEAN VERDIER APHP	261	0	0%
95	GHEM SIMONE VEIL SITE EAUBONNE	31	0	0%

C. Les inégalités d'accès aux soins TCA en IDF

1. Un recours inégal aux soins selon les départements d'IDF

L'analyse des départements de résidence des personnes hospitalisées en IDF révèle **d'importantes disparités de recours pour la prise en charge de TCA selon le département** (voir Tableau 17).

Une forte proportion des hospitalisations TCA en IDF concerne en effet des personnes vivant à Paris³. L'incidence des hospitalisations pour les personnes vivant à Paris est de 116 séjours pour 100 000 habitants, pour une moyenne de 73 séjours pour 100 000 habitants en IDF. Dans la petite couronne, les situations sont contrastées. Le taux d'hospitalisation pour les habitants des Hauts de Seine est important (96 séjours/100 000) et celui de Seine-Saint-Denis est beaucoup plus faible (58 séjours/100 000). Enfin, **en grande couronne, l'incidence des hospitalisations est deux à trois fois plus faible qu'à Paris**, avec 42 à 53 séjours pour 100 000 habitants en Seine et Marne, Essonne et Val d'Oise ; 58 pour 100 000 dans les Yvelines.

Les disparités observées ne peuvent pas être expliquées par une moindre fréquence des TCA liée à la démographie des populations à risque (voir Tableau 17 avec la démographie des 15-29 ans en IDF, correspondant à la population à risque), ou par le gradient socio-économique entre les territoires concernés (l'incidence des TCA n'étant pas corrélée à la situation socio-économique (60,61)). Elles témoignent donc **d'importantes inégalités géographiques de prise en charge des besoins et d'accès aux soins TCA sur le territoire francilien.**

Le plus fort recours aux structures de prises en charge TCA à Paris reflèterait alors a priori l'implantation majoritairement parisienne des centres spécialisés ayant la plus forte activité TCA en IDF, qui rend les soins plus accessibles pour cette population. L'existence de modalités de prise en charge ambulatoire (HDJ) peut aussi influencer sur ces chiffres, la proximité du domicile facilitant l'accès quotidien ou régulier aux établissements spécialisés proposant ce type de prise en charge.

³ Les estimations transmises par l'équipe de la ligne Anorexie Boulimie Info Ecoute en 2019 corroborent ce constat : près de la moitié (48%) des appels recensés proviennent d'habitants de Paris.

Tableau 17 : nombre de séjour TCA en 2019 par département d'origine des personnes prises en charge. Nombre de séjours pour 100 000 habitants par département et pourcentage des séjours représenté par chaque département

Lieu de résidence des personnes prises en charge pour TCA	Séjours TCA en IDF en 2019			Population générale 2018	
	Nombre de séjours	Nombre de séjours pour 100 000 habitants du territoire	% des séjours lié à la prise en charge des habitants du territoire	% de la population francilienne résidant dans le territoire (62)	% des 15-29 ans franciliens résidant dans le territoire (55)
Île-de-France	8709	72,8	100,0%	100,0%	100,0%
Paris	2579	115,7	29,6%	18,6%	21,1%
Petite couronne	3457	76,9	39,7%	37,6%	37,8%
Hauts-de-Seine	1529	96,1	17,6%	13,3%	12,9%
Seine-Saint-Denis	895	57,6	10,3%	13,0%	13,5%
Val-de-Marne	1033	76,3	11,9%	2,1%	11,4%
Grande couronne	2673	51,1	30,7%	43,7%	41,1%
Seine-et-Marne	570	41,8	6,5%	11,4%	10,8%
Yvelines	820	57,8	9,4%	11,9%	10,4%
Essonne	654	52,2	7,5%	10,5%	10,2%
Val-d'Oise	629	52,7	7,2%	10,0%	9,8%
Autres régions	625	-	-	-	-
Outre-mer	36	-	-	-	-
Etranger	20	-	-	-	-

2. Des flux entre départements franciliens qui confirment l'inégale répartition de l'offre

L'examen des flux de prise en charge entre départements franciliens vient confirmer ce constat.

La grande majorité des personnes hospitalisées pour TCA sont prises en charge hors de leur département d'origine (à l'exception des parisiens ; voir Tableau 18).

Cette situation résulte là encore, pour plusieurs départements d'IDF, du faible nombre de centres spécialisés en Île-de-France et de leur disparité d'implantation entre les territoires. Ainsi, en Seine-et-Marne et dans l'Essonne, départements qui ne disposent chacun que d'un seul établissement spécialisé de taille moyenne (voir *supra*), 80% des personnes sont prises en charge hors de leur département d'habitation.

Le département des Hauts-de-Seine présente en apparence un tableau similaire, les habitants des Hauts-de-Seine étant également très souvent hospitalisés hors de leur département. Compte-tenu de la situation du département en petite couronne, et de la densité des voies de communication entre le département et Paris, cette situation pourrait cependant refléter ici les préférences de prise en charge des usagers en lien avec une bonne connaissance par cette population des possibilités de soins spécialisés, comme en témoignent le taux relativement élevé d'hospitalisations (96 pour 100 000 habitants) et le nombre de séjours ayant lieu à Paris.

Tableau 18 : pourcentage de séjours TCA concernant des personnes hospitalisées hors de leur département en 2019

Lieu d'habitation des personnes prises en charge pour TCA	Nombre d'habitants dans le département (55)	Nombre de séjours									% de séjours de personnes hors de leur département d'origine
		Lieu d'hospitalisation								Total	
		75	92	93	94	77	78	91	95		
Paris (75)	2 164 781	2069	65	11	325	25	40	5	39	2579	19,8%
Hauts-de-Seine (92)	1 624 351	1009	260	9	183	1	29	3	35	1529	83,0%
Seine-Saint-Denis (93)	1 645 425	402	9	318	77	16	1	0	72	895	64,5%
Val-de-Marne (94)	1 404 269	580	15	4	414	5	2	9	4	1033	59,9%
Seine-et-Marne (77)	1 419 285	272	7	57	50	120	18	22	24	570	79,0%
Yvelines (78)	1 445 560	315	57	0	33	4	281	4	126	820	65,7%
Essonne (91)	1 303 229	333	16	0	175	7	5	118	0	654	82,0%
Val-d'Oise (95)	1 246 017	251	13	8	42	0	4	19	292	629	53,6%
Total IDF	12 252 917	5231	442	407	1299	178	380	180	592	8709	55,5%
% de séjours pour des personnes habitant hors du département		60,5%	41,2%	21,9%	68,1%	32,6%	26,1%	34,4%	50,7%	55,5%	-

3. Des inégalités géographiques exacerbées pour les structures dédiées aux adultes et aux enfants

La répartition des établissements spécialisés selon la classe d'âge majoritairement prise en charge (adultes, adolescents ou enfants) met en évidence le nombre très restreint d'établissements dédiés à la prise en charge des enfants ou celle des adultes souffrant de TCA, ce qui explique l'importance des flux inter-départementaux observés.

Les établissements spécialisés identifiés (voir paragraphe II.B.2.b.) ont été classés en fonction de la tranche d'âge qu'ils prenaient majoritairement en charge : adulte, adolescent ou enfant. Ceux dans lesquels il existe un âge maximum correspondant aux jeunes adultes ont été classés dans la catégorie adolescents. Ceux prenant en charge à la fois des adultes et des adolescents ont été classés dans l'une ou l'autre des catégories en fonction de la tranche d'âge représentant la majorité de leur activité (Villa des Pages : adolescent ; Villa Montsouris : adulte).

Le seul centre spécialisé prenant en charge les enfants se trouve à Paris, la grande majorité des enfants hospitalisés dans un établissement ayant un service spécialisé TCA sont donc pris en charge hors de leur département. Les établissements spécialisés TCA adulte (ayant une capacité d'hospitalisation) sont majoritairement à Paris et dans le Val de Marne (GHU Paris Neurosciences/hôpital Sainte Anne et

hôpital Paul Brousse), les adultes habitant d'autres départements sont donc le plus souvent hors de leur département d'habitation. Les établissements prenant en charge des adolescents ont souvent des capacités d'hospitalisation moins importantes mais paraissent un peu plus répartis sur le territoire francilien (voir tableau 19).

Tableau 19 : pourcentage de séjours concernant des personnes hospitalisées dans un établissement spécialisé TCA situé dans leur département d'origine en 2019

Tranche d'âge	Nombre total			Nombre de séjours d'usagers habitant en IDF	Pourcentage de séjours dans un établissement spécialisé TCA situé dans le département d'origine de l'utilisateur									% total en IDF
	Séjours	Usagers			Lieu d'habitation des personnes prises en charge									
		HTC	HDJ		75	77	78	91	92	93	94	95		
Adulte	4832	627	924	4397	80,5%	0%	0%	0%	3,5%	0%	40,7%	0%	34,9%	
Adolescent	2188	597	253	2089	84,2%	6,4%	73,8%	39,3%	9,9%	77,5%	29,4%	44,9%	50,7%	
Enfant	105	63	24	90	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	10%	

Par ailleurs, il faut là-aussi noter le niveau significatif d'activité de recours pour les établissements d'IDF : 7,7% des séjours qui ont lieu en IDF concernent des personnes qui habitent en Régions, en Outre-mer ou à l'étranger.

III. Orientations pour la structuration de la filière TCA en IDF

Après cet état des lieux des soins liés aux TCA actuellement disponibles en IDF, le Réseau TCA Francilien a cherché à définir des perspectives d'amélioration souhaitées ou envisagées par les usagers et les acteurs des soins grâce à :

- Une enquête auprès des services spécialisés, pour recueillir et hiérarchiser leurs pistes d'amélioration et de structuration de la filière de soins ;
- Une enquête auprès de services non spécialisés impliqués dans la prise en charge des TCA, permettant d'identifier les difficultés auxquelles ils peuvent être confrontés dans ces prises en charge ;
- Une enquête auprès des associations d'usagers et de professionnels impliqués dans l'accompagnement des personnes souffrant de TCA ou contribuant à certains soins, pour identifier les difficultés d'accès aux soins spécialisés et les modalités de soutien ou de prise en charge qui existent hors des structures spécialisées.

A. Enquête auprès des services spécialisés TCA

1. Méthode

Une journée de travail a été organisée le 15 avril 2021 pour réfléchir collectivement aux voies d'amélioration possible pour structurer la filière de soins TCA en IDF. Quatorze équipes spécialisées TCA et actives dans le Réseau TCA Francilien ainsi que Mme Danièle CASTELLOTTI, présidente de la FNA-TCA (Fédération Nationale des Associations liées aux TCA), ont participé à cette journée. Chaque équipe participante (dont la FNA-TCA) était invitée à présenter les perspectives d'amélioration de la filière de soins TCA en IDF qui lui semblait importantes concernant trois points : les urgences TCA, l'accès aux soins TCA et la transition adolescent/adulte.

L'ensemble des propositions a ensuite été regroupé dans une liste (voir Annexe 5) et les équipes spécialisées TCA ont été invitées à voter pour chaque proposition en fonction des axes qui leur paraissaient prioritaires. Ce vote a été organisé en ligne via un formulaire développé à l'aide de l'outil GoogleForm. Vingt-trois équipes ont été sollicitées (les 22 équipes spécialisées TCA identifiées dans cette enquête plus une équipe (service de Nutrition et Gastro-entérologie pédiatrique de l'hôpital Armand Trousseau – APHP) qui a une activité significative et hospitalise de façon très régulière des jeunes dénutries mais sans prise en charge spécifique pour les TCA. Sur ces 23 équipes, 20 ont noté les différentes propositions : deux cliniques privées n'ont pas répondu, la dernière est une équipe de pédiatrie dont le médecin correspondant du Réseau travaille dans deux services et n'a finalement voté qu'une fois.

Les participants devaient coter chaque proposition entre 0 (non prioritaire) et 10 (très prioritaire), chaque proposition a donc obtenu un score entre 0 et 200 à la fin du sondage.

2. Axes prioritaires pour les services spécialisés TCA

L'ensemble des notes des différents axes est repris dans la figure 5.

En suivant l'ensemble des axes, les propositions majoritaires étaient :

A. Repérage des TCA

1) Information du grand public

- Augmenter la visibilité de la ligne d'écoute téléphonique (augmenter la communication sur la ligne) : *142/200*

2) Formation des professionnels non spécialisés pour améliorer le repérage précoce

- Développer la formation au repérage par les professionnels entourant les populations à risque (professionnels de l'éducation nationale, du périscolaire, du milieu du sport,...) : *160/200*

B. Entrée dans la filière (dépistage / repérage / diagnostic)

1) Par les libéraux

- Formation des soignants non spécialisés pour améliorer le diagnostic précoce : *164/200*
- 2) Consultation d'urgence TCA
 - **Développer des consultations d'urgence TCA : 181/200**
 - **Consultations d'urgence pluridisciplinaires (somato-psychiatrique et diététique) : 175/200** (plutôt que psychiatrique seule, *150/200*)
 - 3) HDJ d'évaluation TCA
 - **Développer des évaluations TCA somato-psychiatriques en HDJ : 177/200**
HDJ d'évaluation adossé à un HDJ de suivi : 180/200 (plutôt qu'HDJ faisant seulement de l'évaluation, *86/200*)
 - 4) Plateforme d'orientation et de régulation téléphonique pour les urgences
 - Plateforme téléphonique de régulation pour les demandes urgentes : *156/200* (avec système de gestion des lits et places, *146/200*)
 - 5) Faciliter l'accès à la filière
 - Communiquer sur les structures spécialisées existantes auprès des soignants non spécialisés : *150/200*
- C. Début des soins (soins non spécialisés)
- 1) Consultations avancées TCA dans les territoires où il n'y a pas de services spécialisés
 - Consultations avancées par les équipes spécialisées TCA dans les territoires où il n'y a pas de services spécialisés : *150/200*
Consultations avancées par les équipes spécialisées TCA dans les services hospitaliers : *129/200*
 - 2) Augmenter les capacités d'HTC en services non spécialisés TCA
 - Valoriser la télé-expertise (pour venir en soutien des équipes non spécialisés) : *166/200*
 - Avoir un référent formé TCA dans les services non spécialisés ayant des lits dédiés : *162/200*
 - Mettre en place et diffuser des protocoles de renutrition : *160/200*
- D. Soins spécialisés TCA
- 1) Développement de nouvelles structures de soins spécialisés
 - **Développer de nouvelles modalités de soins dans les structures existantes : 172/200**
Unité de thérapie familiale, TMF : *168/200*
HDJ classiques (non intensifs) : *165/200*
HDJ intensifs (5 jours par semaine) : *164/200*
 - Augmenter le nombre de structures spécialisées : *162/200*
Améliorer le maillage territorial (notamment Val d'Oise, Seine et Marne, Essonne +/- Yvelines) : *164/200*
 - 2) Augmenter les ressources dans les services spécialisés existants
 - Augmenter les ressources dans les services spécialisés existants : *166/200*
Augmenter le nombre de consultations TCA spécialisées : 175/200

Augmenter les ressources humaines dans les services existants (notamment en HTC) : *174/200*

Augmenter le nombre de lits de soins intensifs de nutrition adulte : *164/200*

Augmenter le nombre de lits dans les autres services d'HTC spécialisés : *164/200*

3) Valorisation des soins spécialisés TCA existants

- Valoriser les soins spécialisés TCA existants : *165/200*

Revaloriser les consultations médicales TCA à l'hôpital : *176/200*

Remboursement des soins ambulatoires non remboursés (diététicien, psychologue,...) : *166/200*

E. Articulation entre les structures, organisation des soins, travail en réseau

1) Formalisation d'une gradation de la filière de soins selon les propositions DGOS-FFAB

- Formaliser de l'articulation entre les centres de différents niveaux : *148/200*

Coordonner les parcours de soins entre les structures spécialisées et non spécialisées : *154/200*

Répertorier les prises en charge de groupe (ou les ressources rares) disponibles en IDF pour les mutualiser (par exemple soutien des familles, prises en charge à destination des jeunes adultes ou des usagers souffrant de comorbidités TSA/TCA) : *150/200*

2) Permettre une meilleure continuité dans les prises en charge

- Développer et soutenir le Réseau TCA Francilien (financement de la coordination et des actions du Réseau) : *162/200*

3) Maintenir un lien au cours de la prise en charge, entre les différents types de soins

- Mettre en place un système de soignant référent pour assurer les transitions : *134/200*

4) Mobiliser les toutes ressources d'aval disponibles

- Mobiliser les libéraux : *140/200*

Mettre en place un annuaire régional des libéraux et le diffuser : *166/200*

- Mobiliser les unités non spécialisées avec (augmentation) des places dédiées pour l'aval : *139/200*

Partenariat/ augmentation de l'offre Soins-Etudes : *161/200*

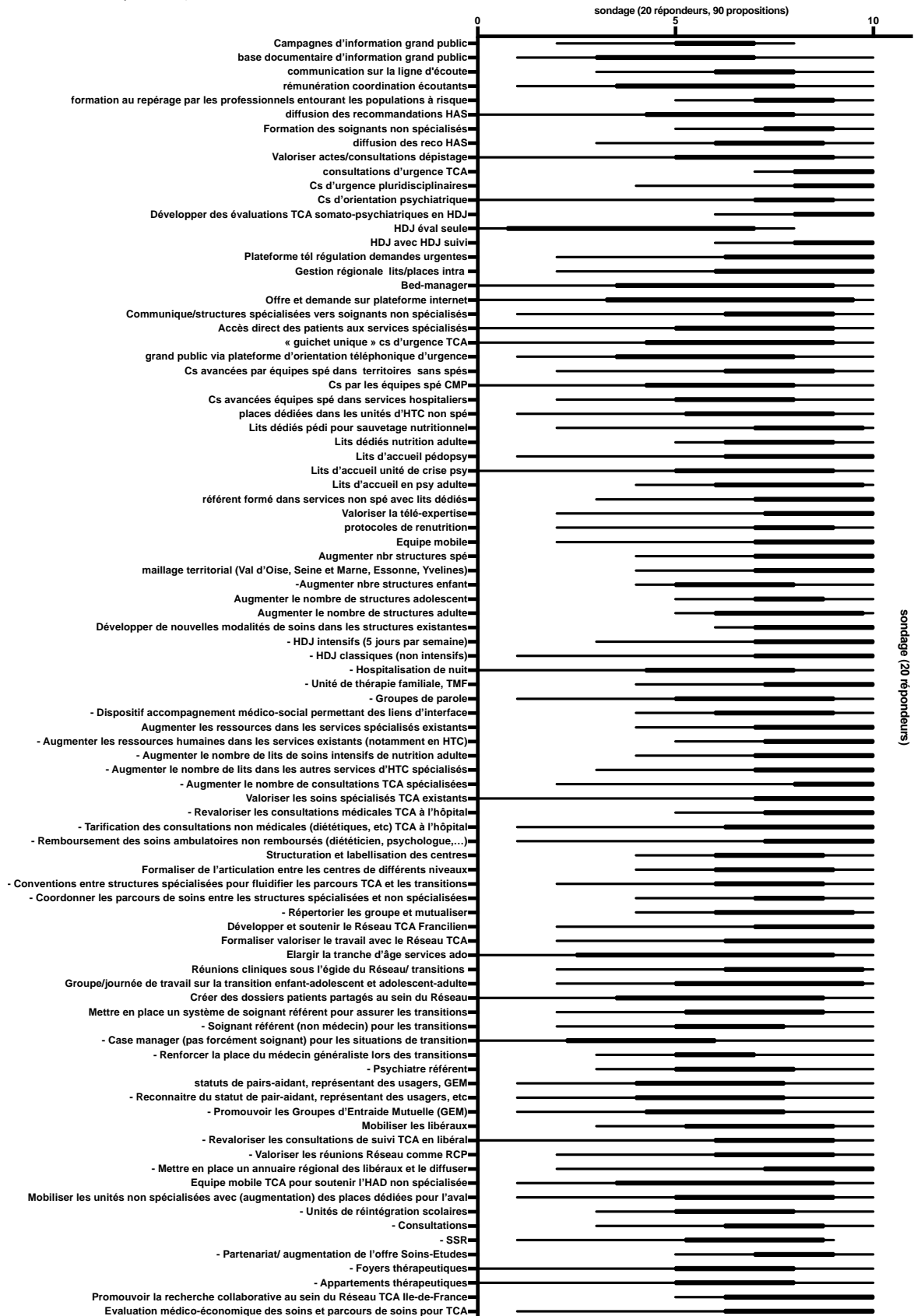
F. Favoriser la recherche dans le domaine des TCA

- Promouvoir la recherche collaborative au sein du Réseau TCA IDF : *162/200*

Suite à une réunion avec Mme Laure WALLON le 25 juin 2021, l'ARS d'IDF a mis en œuvre une partie des propositions prioritaires identifiées par le Réseau TCA Francilien :

- en proposant de soutenir financièrement le Réseau TCA Francilien (notamment le poste de médecin, de coordinateur du Réseau et le secrétariat)
- en lançant un appel à projet pour des HDJ d'évaluation TCA :
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/labellisation-dhopitaux-de-jour-devaluation-rapide-pluriprofessionnelle-pour-les-troubles-des>
- en proposant un financement pour développer la première étape d'une plateforme de réponses aux demandes de soins urgentes TCA.

Figure 5 : notation par les services spécialisés TCA des axes prioritaires dans la structuration de la filière de soins TCA
 0 = non prioritaire, 10 = très prioritaire (chaque barre horizontale correspond au minimum-maximum avec en gras le premier et le troisième quartiles)



B. Enquête auprès des services non spécialisés TCA

En vue de compléter la perspective offerte par les services spécialisés, une enquête a été menée auprès d'établissements non spécialisés.

1. Méthode

Pour cette enquête, différents types de services ont été sollicités :

- Des services concourant activement aux parcours de soins des personnes souffrant de TCA en Île-de-France, identifiés par les services spécialisés TCA qui ont transmis les noms de leurs correspondants qui leur adressent des personnes souffrant de TCA.
- Des services n'ayant pas de liens privilégiés avec les services spécialisés TCA mais susceptibles d'être confrontés à ces problématiques en raison de la population qu'ils prennent en charge :
 - o Services de pédiatrie ayant une unité de médecine de l'Adolescent
 - o Services de psychiatrie pour adolescents
 - o Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO)
 - o Service de soins de suite de nutrition.
- Enfin, nous avons interrogé des services identifiés par les services déjà interrogés (échantillonnage en boule de neige).

Au total, 14 services ont été interrogés par la Dre France Hirot, médecin du Réseau TCA Francilien (voir 0) sur la population de personnes souffrant de TCA qu'ils accueillent, leurs difficultés et leurs attentes par rapport aux soins de ces usagers, ainsi que sur leur volonté ou leur capacité à collaborer avec le Réseau pour améliorer les parcours de soins. Les services ont été interrogés lors d'un entretien semi-directif (en présentiel, en visio ou par téléphone) ou par le biais d'une liste de questions envoyées par mail. Les réponses écrites et les notes d'entretien ont ensuite été synthétisées.

2. Les difficultés actuelles des services non spécialisés

a) *La situation des usagers souffrant d'AM*

Les services non spécialisés évoquent différents types de difficultés dans les prises en charge de personnes souffrant de TCA. Ils mettent en avant les difficultés concernant les personnes souffrant d'AM et de dénutrition, ce sont souvent les situations les plus aiguës car ce sont celles qui justifient les plus souvent des hospitalisations en urgence. Ils pointent les éléments suivants :

1) Un manque de formation des équipes non spécialisées sur les TCA.

Les TCA représentant une faible proportion des hospitalisations dans les services non spécialisés, les soignants de ces services ont souvent une connaissance limitée de ces troubles. Ils peuvent être démunis devant des problématiques psychiatriques ou somatiques qu'ils ne sont pas habitués à prendre en charge dans leur service (par exemple, gestion des angoisses massives ou de certains troubles du comportement dans les services somatiques ou des complications possibles de la

dénutrition dans les services de psychiatrie). Il faut aussi noter que certains médecins (psychiatres compris) considèrent que les TCA sont des pathologies très spécifiques, que leur formation est trop générale pour les prendre en charge et ne gèrent que les complications associées et les situations d'urgence absolue (réhydratation ou crise suicidaire par exemple).

2) Des aménagements de service parfois non adaptés à ces usagers :

- architecture des services permettant aisément les sorties à l'insu des soignants
- locaux non sécurisés par rapport aux risques de passage à l'acte auto-agressif
- services de pédiatrie sans unité dédiée aux adolescents (plus de difficultés d'organisation du service entre les différentes tranches d'âge, équipes de pédiatrie générale parfois peu formées à la médecine de l'adolescent)
- services de pédiatrie ayant des moyens limités avec pour conséquence une réduction ou une absence d'activités en groupe et/ou d'école à l'hôpital
- absence de médecin généraliste dans certains services de psychiatrie et/ou impossibilité de faire des examens complémentaires réguliers (par exemple, bilans biologiques externalisés, rendant complexe les suivis somatiques rapprochés)

3) Des durées d'hospitalisation longues.

Les DMS des personnes souffrant de TCA sont décrites comme plus longues que celles des autres usagers, y compris par rapport à ceux hospitalisés pour dénutrition en rapport avec d'autres causes médicales. Ces DMS mettent en difficulté certains services à la fois dans leur gestion des lits pour admettre d'autres personnes et par rapport aux exigences de l'administration de certains établissements.

4) De grandes difficultés à trouver des relais spécialisés TCA.

L'ensemble des services non spécialisés évoquent des délais longs pour obtenir une hospitalisation dans un service spécialisé TCA. Ils évoquent parfois leur crainte de ne pas pouvoir transférer une personne nécessitant des soins spécialisés TCA, avec l'impression que certains services spécialisés ayant déjà de longues listes d'attente ne prennent pas les personnes qui bénéficient déjà d'une prise en charge en milieu hospitalier. Certains ont toutefois des liens privilégiés et paraissent alors moins réticents à hospitaliser ces usagers, craignant moins de se retrouver seuls face à des situations qui les mettent en difficulté.

Les services non spécialisés se disent aussi le plus souvent dans l'incapacité de trouver des relais en libéral pour les suivis ambulatoires devant l'absence d'annuaire des professionnels formés à la prise en charge des TCA. Cette absence de relai en ville est encore plus marquée dans les établissements éloignés de Paris, les territoires couverts par certains hôpitaux étant très vastes.

b) Les usagers présentant à la fois des TCA et un surpoids ou une obésité

Concernant les personnes en surpoids ou souffrant d'obésité, les services non spécialisés TCA décrivent une absence de filière de soins identifiée concernant l'hyperphagie boulimique (HB). Les soins

psychologiques sont organisés de façon variable en fonction des CSO, la présence de psychologues ou de psychiatres dans les services n'étant pas systématique. Par ailleurs, en fonction des moyens disponibles les psychologues et les psychiatres font soit des consultations individuelles, soit des groupes thérapeutiques, soit uniquement de l'évaluation (pour les chirurgies bariatriques notamment). Les CSO expliquent avoir pris des contacts avec certains services spécialisés TCA mais que les relais et les prises en charge sont rarement effectifs en pratique. Ils estiment que cette absence de filière de soins adaptée à cette population oblige les professionnels à restreindre les indications et à ne proposer des soins TCA qu'aux personnes présentant des TCA sévères. A l'heure actuelle, les usagers sont orientés vers des prises en charge psychologiques essentiellement en deuxième intention, lorsque les troubles alimentaires ne sont pas suffisamment contrôlés par les propositions de soins plus générales autour des liens entre émotions et alimentation. Les CSO se sont donc chacun organisés avec quelques correspondants locaux reposant sur une ou deux associations, certains établissements SRR et quelques libéraux.

3. Les demandes des services non spécialisés

Les services non spécialisés sont en demande de plus de formation de l'ensemble des équipes de soins sur les TCA. Ces formations devraient intégrer l'aspect pluridisciplinaire de la prise en charge car ce point semble particulièrement mettre en difficulté les équipes non spécialisées (équipes somatiques en difficulté avec les aspects psychiatriques des troubles, équipes de psychiatriques avec leurs aspects somatiques et nutritionnels). De nombreux médecins sont en demande de protocoles de renutrition adaptés à ce contexte d'AM, soulignant le bénéfice qu'ils ont retiré d'appels passés au service de Nutrition clinique de l'hôpital Paul Brousse lorsqu'ils étaient face à des situations complexes. Cela pose également la question de la place de la télé-expertise pour permettre aux médecins non spécialisés de demander un avis aux services spécialisés si nécessaire.

Les services non spécialisés souhaiteraient avoir une meilleure visibilité des relais spécialisés TCA disponibles avec idéalement des relais plus rapides ou a minima l'assurance qu'un relai dans un service TCA pourra se faire, avec un délai annoncé. Certains sont en demande de formaliser des partenariats pour permettre une meilleure fluidité des transferts des personnes hospitalisées entre les différents niveaux de soins (urgence, aigu, « post-cure ») et les différents types de soins (services d'orientation plus somatique ou plus psychiatrique).

Ils évoquent la question de prises en charge commune d'une même personne dans plusieurs établissements : une personne hospitalisée en urgence dans un service somatique non spécialisé serait ensuite transférée vers un service de psychiatrie spécialisé TCA mais avec la possibilité d'un retour dans le premier service si la situation somatique se dégradait. Certains services spécialisés TCA d'orientation somatique ont la même demande vis-à-vis des services spécialisés d'orientation psychiatrique avec l'impression que certaines personnes hospitalisées dans les centres très spécialisés (3^e recours) parisiens pourraient reprendre un suivi plus proche de leur domicile une fois la situation

stabilisée. Cette possibilité semblerait pouvoir favoriser un désengorgement des structures très spécialisées (de 3^e recours) mais pose la question de la multiplication des relais et des interlocuteurs pour les usagers.

Les services non spécialisés sont également en demande de relais spécialisés TCA pour les suivis ambulatoires. Ils demandent la mise en place d'un annuaire incluant les soignants spécialisés TCA exerçant en libéral (médecins généralistes, pédiatres, nutritionnistes, psychiatres, psychologues, diététiciens, etc). Toutefois, la mise en place de cet annuaire est actuellement rendue difficile par la multiplicité des parcours des professionnels spécialisés TCA et la difficulté à définir un socle commun à tous (connaissances TCA validée par une ou plusieurs formations spécifiques et/ou validation de l'expérience dans un service spécialisé par exemple).

Concernant les sujets présentant une obésité, les services suivant ces usagers sont tous en demande de possibilités de prise en charge spécialisées TCA qui font jusqu'à présent cruellement défaut. Ils appellent de leurs vœux le développement d'une filière de prise en charge pour les usagers présentant à la fois une obésité et des TCA et proposent la mise en place de conventions avec les services spécialisés TCA. Certains évoquent également la possibilité de créer des outils connectés ou des applications permettant un accompagnement des usagers en complément du suivi nutritionnel.

C. Enquête auprès des associations

Les associations présentes en IDF avaient été identifiées par Mme Annick BRUN, psychologue travaillant pour la ligne téléphonique Anorexie Boulimie Info Ecoute. Sept associations (sur 12 identifiées) ont répondu à notre enquête (voir Annexe 6).

En IDF, les associations s'intéressant aux TCA sont de taille et de structures diverses. Elles peuvent regrouper uniquement des professionnels de santé, uniquement des usagers et leurs proches ou bien rassembler à la fois usagers et professionnels.

En dehors de l'accueil, de l'écoute et de l'information sur les TCA, les différentes associations ont des positionnements divers : aide à l'orientation vers des soins, propositions de soins (individuels et/ou en groupe) ou propositions de groupes de soutien entre pairs. Elles sont donc en contact avec des publics variés et différents en fonction de l'approche qu'elles ont choisie : certaines accueillent essentiellement des personnes en demande d'orientation vers des soins, d'autres plus souvent des personnes connaissant les filières de soins TCA et souhaitant s'en éloigner ou y adjoindre d'autres types de prises en charge ou de soutien. Lorsqu'elles proposent des soins ou des groupes de soutien, les associations demandent le plus souvent une participation financière aux participants. Celle-ci peut être limitée (voire inexistante lorsque des réunions ont lieu en visio ou dans des salles mises à disposition par des hôpitaux) mais peut aussi être importante, notamment lorsque les soins proposés reposent sur des prises en charge en libéral.

Les sept associations ont été interrogées sur leur positionnement et leur fonctionnement (association constituée de soignants et/ou d'usagers, objectif de l'association, types d'action, proposition ou non de soins et de prises en charge), sur les difficultés constatées ou non dans l'accès aux soins pour les personnes ayant des TCA, leurs attentes, ainsi que sur leur volonté ou non de collaborer avec le Réseau pour améliorer les parcours de soins. Les associations ont été interrogées lors d'un entretien semi-directif (en présentiel ou en visio ou par téléphone). Les notes d'entretien ont ensuite été synthétisées.

Les associations rencontrées mettent en avant les difficultés d'accès aux soins TCA pour les personnes présentant une obésité. Les possibilités de soins à l'hôpital sont extrêmement limitées et leur paraissent donc reposer essentiellement sur les structures associatives. Ces associations décrivent un problème d'accès aux soins liés d'une part à un manque de professionnels spécialisés sur ces questions et d'autre part aux coûts de prise en charge pour l'offre existante quand les suivis doivent se poursuivre en libéral (secteur 2, non prise en charge des consultations de psychologues et diététiciens).

Elles soulignent le manque de propositions de soins pour HB mais attirent aussi l'attention sur certaines comorbidités présentes dans la population ayant une à la fois une obésité et des TCA et nécessitant des compétences spécifiques pour les prendre en charge :

- TCA restrictifs débutant ou réapparaissant après une chirurgie bariatrique.

- Diabète : situations complexes des personnes ayant un TCA et qui modifient leurs traitements pour le diabète pour perdre du poids notamment par exemple, nécessitant une prise en charge par des professionnels connaissant bien les deux pathologies.
- Psychotraumatisme : les associations décrivent une part importante de personnes suivies pour TCA dans le cadre d'une obésité qui auraient besoin d'une prise en charge spécifique pour un traumatisme mais qu'il est difficile d'orienter.
- Prise de poids importante sous traitement psychotrope.

Concernant l'AM, les associations reviennent sur le manque de services spécialisés, en particulier dans les départements de grande couronne. Elles évoquent également le manque de connaissance des professionnels de premier recours concernant les TCA et les structures vers lesquelles orienter les usagers. De plus, les délais d'attente dans les services spécialisés sont longs et peuvent retarder des prises en charge avec des conséquences importantes sur l'évolution des troubles.

Pour les troubles les moins sévères, les associations soulignent aussi qu'une meilleure coordination entre les acteurs de soins permettraient de mettre en place des suivis psychiatriques ou psychologiques non spécialisés en collaboration avec les équipes spécialisées afin de ne pas surcharger les services spécialisés TCA.

Par ailleurs, certains usagers en rupture avec les soins spécialisés (qu'ils peuvent avoir expérimentés durant plusieurs années) se tournent vers les structures associatives qui doivent parfois solliciter un service spécialisé en urgence car la personne leur paraît en danger sur le plan somatique. Les associations décrivent alors des difficultés importantes pour trouver une place pour une hospitalisation que ce soit en psychiatrie ou en nutrition.

IV. Synthèse et conclusion

En 2019, environ 2100 personnes souffrant de Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) ont été hospitalisées à temps complet (HTC) et 1600 en hôpital de jour (HDJ) en IDF (IDF).

La grande majorité des personnes hospitalisées pour TCA en IDF souffrent d'Anorexie Mentale (AM ; $\geq 75\%$ des HTC, $> 50\%$ des HDJ). Ces données sont cohérentes avec la littérature internationale qui retrouve aussi retrouve une fréquence plus importante des HTC dans l'AM que dans les autres TCA (18), probablement en rapport avec la fréquence des complications somatiques dans l'AM (42) et l'intensité des soins psychiatriques qui peuvent être nécessaires pour permettre la renutrition. Peu de personnes souffrant d'hyperphagie sont hospitalisées à temps complet. En effet, l'hyperphagie boulimique (HB) est fortement associée au surpoids et à l'obésité (29,34) dont la prise en charge se fait le plus souvent en ambulatoire (consultations ou HDJ).

Le nombre de personnes hospitalisées à temps complet pour AM paraît relativement stable entre 2014 et 2019. Ceux des sujets pris en charge pour boulimie nerveuse (BN) ou hyperphagie sont en augmentation entre ces deux dates mais le codage dans le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) et la définition de ces diagnostics ont évolué au cours des dernières années. La littérature internationale retrouve une augmentation de l'incidence des TCA, sans que l'on sache s'il s'agit d'une augmentation de la fréquence de ces pathologies ou d'une meilleure détection (13,57). En IDF, le nombre de personnes hospitalisées en HDJ pour TCA a fortement augmenté entre 2014 et 2019. Cette augmentation paraît très liée à l'augmentation de l'activité de deux HDJ parisiennes spécialisés TCA qui ont permis d'augmenter ce type de prise en charge pour les TCA.

Au total, 22 services spécialisés TCA ont été identifiés dans 21 établissements d'IDF grâce à leur activité TCA importante ou spécifique concernant les TCA. L'enquête a permis de mettre en place un guide pour aider les professionnels d'IDF à orienter un usager vers ces services spécialisés. Il a été diffusé, avec difficultés, aux professionnels de premier recours d'IDF.

Environ 2400 usagers sont pris en charge dans les 22 services spécialisés TCA d'IDF avec une capacité d'environ 201 lits d'HTC et la possibilité de prendre en charge 113 personnes par semaine en HDJ (capacité de prise en charge effective, pouvant différer du nombre de places administratives ouvertes dans les services d'HDJ).

Au total, 64% des personnes souffrant de TCA en IDF sont hospitalisées dans des services spécialisés TCA. Ces hospitalisations dans des services spécialisés concernent surtout les usagers ayant une AM ou une BN. Il semble que seule une faible proportion des personnes ayant une hyperphagie soit hospitalisée dans des services spécialisés TCA. Nous ne disposons pas de données concernant les prises en charge en consultations et la prise en charge de l'hyperphagie boulimique (HB) est essentiellement ambulatoire (29) mais les Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) et les associations soulignent un

manque d'offre pour cette pathologie et la difficulté importante pour les usagers ayant une HB à être pris en charge dans un service spécialisé TCA.

L'accès aux soins TCA hospitaliers est inégal en fonction des départements en IDF. Il existe de grandes disparités avec deux fois moins de séjours identifiés TCA en grande couronne et en Seine-Saint-Denis que dans Paris. A l'exception des parisiens, les usagers pris en charge pour TCA sont donc le plus souvent hospitalisés hors de leur département de résidence. La répartition des services spécialisés TCA influe sur les types de prise en charge possibles pour les usagers. Si la localisation du service n'a pas nécessairement une influence majeure en cas d'HTC puisque celles-ci sont le plus souvent ponctuelles et limitées dans le temps, elle a une influence plus importante lorsqu'il s'agit de soins ambulatoires prolongés sur plusieurs mois ou plusieurs années (nécessitant donc de multiples allers-retours pour des consultations ou des HDJ). Développer des structures spécialisées ambulatoires de proximité permettrait d'améliorer l'accès aux soins. Par ailleurs cela pourrait améliorer le repérage précoce des TCA comme cela a été montré en Angleterre où le repérage des TCA paraît meilleur dans les secteurs où un service spécialisé TCA est présent (50)

L'accès aux soins paraît aussi restreint par les moyens financiers des usagers. En effet, les recommandations préconisent que le suivi soit pluridisciplinaire et associe des soins somatiques, nutritionnels et psychologiques (19,29–31). Cela inclut des consultations médicales mais peut aussi nécessiter un suivi avec un diététicien, un psychologue ou d'autres professionnels de santé. Ces consultations de soignants non médecins sont peu disponibles à l'hôpital car non tarifées et ne sont pas remboursées en libéral, ce qui limite leur accès. La question financière peut également se poser lorsqu'une hospitalisation dans un service spécialisé TCA est nécessaire car les structures privées (à but lucratif) ont souvent la capacité d'hospitaliser beaucoup plus rapidement que dans les structures publiques ou privées à but non lucratif (ESPIC). La prise en charge précoce est donc facilitée dans le privé, en particulier en psychiatrie adulte.

Concernant la filière de soins, les délais d'attente pour accéder aux services spécialisés TCA peuvent être longs, en particulier en HTC. Ces délais ont de plus été augmentés depuis la crise sanitaire liée au Covid-19 et l'augmentation des demandes de soins pour TCA (38–41). Les services arrivant à hospitaliser en HTC rapidement sont le plus souvent ceux d'orientation somatique, en nutrition ou en pédiatrie. Les services d'orientation plus psychiatrique ont quant-à-eux le plus souvent des délais longs pouvant atteindre plusieurs mois. Ces délais peuvent en partie être expliqués par les indications différentes de ces différents services spécialisés TCA en fonction de leurs objectifs thérapeutiques et de leur mode de fonctionnement. Les services d'orientation somatique interviennent souvent pour des sauvetages nutritionnels et organisent un relais en ambulatoire par la suite. Dans les services d'orientation plus psychiatrique, les HTC sont le plus souvent programmées, plus longues et interviennent notamment à la suite d'une ou plusieurs HTC en pédiatrie ou nutrition. Ces différences d'indications influant sur les délais d'admission sont retrouvées dans une recherche anglaise portant sur les services de psychiatrie. Cette étude remarque que les personnes admises en urgence peuvent avoir des besoins de soins différents de ceux dont l'admission est planifiée ce qui aboutit à des services ayant des modes

de fonctionnement différents (services de crise et services pour des prises en charge plus longues) avec des objectifs de soins différents (59). Une articulation entre ces différents types de services peut alors sembler utile pour permettre à la fois des soins rapides puis prolongés pour les personnes pour qui cela est nécessaire.

Les délais d'attente représentent également une difficulté importante d'accès aux soins spécialisés TCA en ambulatoire. Le Réseau TCA Francilien a donc proposé la mise en place d'HDJ d'évaluation TCA spécialisée rapide afin à la fois de faciliter l'accès aux soins des situations urgentes, d'éviter leur dégradation et d'orienter les usagers vers les niveaux de soins adaptés. L'ARS d'IDF a soutenu financièrement cette proposition pour créer ou augmenter l'activité de onze HDJ spécialisées d'évaluation TCA.

En effet le rapport de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Fédération Française Anorexie-Boulimie (FFAB) (35) et l'instruction du 3 septembre 2020 qui en découlait proposait de structurer la filière de soins TCA en labellisant des centres de recours, de coordination et d'évaluation pour les TCA afin de favoriser la coopération entre les acteurs des différents niveaux de soins. Selon les critères fixés dans ce rapport, 11 de ces 21 établissements ont été labellisés centres de recours et de coordination de niveau 2 pour les TCA en janvier 2022 par l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'IDF suite à un appel d'offre visant à développer des HDJ d'évaluation travaillant avec une future plateforme de coordination :

- Pôle TCA à début précoce du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Hôpital Robert Debré APHP,
- Service hospitalo-universitaire de santé mentale de l'adolescent et du jeune adulte. Clinique FSEF Paris 16 (Fondation Santé des Etudiants de France, FSEF)
- Département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte. Institut Mutualiste Montsouris,
- La Maison de Solenn -Maison des adolescents. Hôpital Cochin - APHP,
- Unité de Médecine de l'adolescent du service de pédiatrie. Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy (fermée à l'été 2023),
- Unité de médecine de de l'adolescent du service de pédiatrie. Centre Hospitalier Sud Francilien,
- Unité de Médecine de l'adolescent du service de pédiatrie. Hôpital Ambroise Paré APHP,
- Unité Familiale Interhospitalière pour les TCA de l'Adolescent (UFITAA). Hôpital Jean Verdier - APHP,
- Service de Pédiatrie Adolescents et service de Pédopsychiatrie. Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil,
- La Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale - CMME. GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences,
- Département de psychiatrie et d'addictologie et service de Nutrition clinique. Hôpital Paul Brousse - APHP.

Cette labellisation est une première étape. La FFAB proposait une catégorisation des centres de recours et de coordination pour les TCA en trois niveaux pour structurer la filière de soins. D'autres

centres pourront donc être labellisés, l'articulation entre les différents niveaux étant un enjeu majeur pour améliorer l'accès aux soins TCA.

Ces services fonctionnent déjà avec leur réseau de collaboration, notamment des services non spécialisés ou des soignants spécialisés travaillant en libéral. La mise en place ou l'augmentation de l'activité de ces HDJ d'évaluation TCA va nécessiter l'intensification de ce travail en réseau et met en exergue le manque d'HDJ de suivi, souligné dans les principales propositions d'action des services du Réseau TCA Francilien. Elle remet aussi en avant la demande de nombreux usagers et professionnels de mettre en place un annuaire des professionnels de santé libéraux spécialisés dans la prise en charge des TCA dans le cadre de la plateforme de coordination.

La structuration de filière de soins passe également par l'amélioration de la collaboration entre services, qu'ils soient spécialisés ou non, notamment pour la transition adolescent-adulte. Il existe souvent des réticences à transférer un usager d'un hôpital ou d'un service à l'autre pour leur éviter une multiplication des interlocuteurs et des types de prises en charge. Cependant les services non spécialisés TCA affirment que des partenariats organisés voire des conventions avec un ou des services spécialisés TCA leur permettraient de prendre en charge plus d'usagers souffrant de TCA. Ils souhaiteraient en effet pouvoir hospitaliser des personnes ayant des troubles dont la sévérité est adaptée à leur cadre de soins avec l'assurance qu'en cas d'aggravation un relais spécialisé pourra les conseiller voire se rendre disponible pour prendre en charge l'utilisateur. Ces possibilités de transfert d'une équipe à l'autre sont indispensables pour pouvoir mieux organiser la gestion des urgences auxquelles les services spécialisés TCA ne peuvent répondre seuls.

Suite aux propositions du Réseau TCA Francilien, l'ARS d'IDF a financé l'expérimentation d'une plateforme d'orientation TCA à destination des professionnels de santé qui souhaitent orienter une personne souffrant de TCA vers un service spécialisé. Cette plateforme aura notamment pour but de faciliter l'entrée dans les soins spécialisés TCA notamment en centralisant les demandes émanant des professionnels non spécialisés. Elle nécessitera donc une coordination entre les services spécialisés TCA, notamment ceux ayant un HDJ d'évaluation.

La labellisation des différents niveaux de centres de recours, de coordination et d'évaluation pour les TCA pose par ailleurs la question de la pluridisciplinarité des services spécialisés TCA. En effet, celle-ci est encore à consolider. Si la plupart des services spécialisés TCA ont dans leur équipe des professionnels des différentes disciplines permettant une prise en charge globale en hospitalisation, celle-ci est difficile à maintenir en consultations. En effet, la tarification dans les services MCO ne permet pas de facturer les consultations des professionnels non médecins. Ainsi, peu d'approches psychologiques, diététiques ou corporelles peuvent être proposées en ambulatoire en raison de l'absence de tarification possible et des temps restreints des professionnels (ces approches sont donc proposées de façon privilégiée aux personnes hospitalisées).

Les critères de définition des centres de recours, de coordination et d'évaluation pour les TCA proposés par la FFAB (35) impliquent aussi de pouvoir garantir aux usagers l'ensemble des possibilités de prise en charge dans les centres de niveau 3 (voir paragraphe V.B. pour l'ensemble des critères). A l'heure actuelle, en IDF, cette définition impliquerait une coopération entre plusieurs services différents pour constituer un centre de niveau 3. Ces collaborations entre services spécialisés TCA permettraient une meilleure articulation lors des transitions en facilitant les relais lorsqu'un changement de type de prise en charge est nécessaire (entre HTC et HDJ, entre soins somatiques et psychiatriques, ou entre soins pour enfant, adolescent et adulte).

Enfin, cette enquête met en lumière le manque d'offre de soins pour les usagers souffrant d'HB et plus généralement pour les personnes présentant à la fois des TCA et un surpoids ou une obésité. Ces usagers sont habituellement pris en charge par les CSO qui décrivent l'absence de filière de soins TCA identifiée pour cette population. La présence de psychologues ou de psychiatres dans les CSO n'est pas systématique et parfois limitée à des consultations d'évaluation (pour les chirurgies bariatriques notamment). Les soignants estiment que cette absence de filière de soins adaptée à cette population les oblige à restreindre les indications et à ne proposer des soins TCA qu'aux personnes présentant des TCA sévères. Les professionnels et les associations appellent de leurs vœux le développement d'une filière de prise en charge pour les usagers présentant à la fois une obésité et des TCA et proposent la mise en place de conventions avec les services spécialisés TCA. La feuille de route interministérielle 2019-2022 sur l'obésité pilotée par la DGOS, la Direction Générale des Soins (DGS) et Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) rappelle également la nécessité de former les professionnels aux facteurs psychologiques impliqués dans les TCA et d'étudier comment prendre en compte les soins spécialisés TCA dans les modalités de financement des parcours de soins pour obésité (63).

Enfin suite aux travaux exposés ici, communiqués au fil de leur réalisation à l'ARS d'IDF, celle-ci a mis en place un financement du Réseau TCA Francilien qui lui permet de travailler à la mise en œuvre des axes d'amélioration repérés. Enfin l'ARS a aussi pris en compte le besoin de formation des professionnels et finance tous les ans, par l'intermédiaire du Réseau TCA Francilien, des formations pour des équipes non spécialisées dans la prise en charge des usagers ayant des TCA, et de formations d'IPA spécialisées TCA.

V. Références

1. American Psychiatric Association. DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.; 2013. 1000 p.
2. Erskine HE, Whiteford HA, Pike KM. The global burden of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. nov 2016;29(6):346-53.
3. Santomauro DF, Melen S, Mitchison D, Vos T, Whiteford H, Ferrari AJ. The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*. 2021;8(4):320-8.
4. Lindvall Dahlgren C, Wisting L, Rø Ø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *J Eat Disord*. 2017;5(1):56.
5. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. juill 2006;19(4):389-94.
6. Swanson SA. Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68(7):714.
7. Keski-Rahkonen A. Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*. nov 2021;34(6):525-31.
8. Raevuori A, Keski-Rahkonen A, Hoek HW. A review of eating disorders in males. *Current Opinion in Psychiatry*. nov 2014;27(6):426-30.
9. Haute Autorité de Santé (HAS). Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge [Internet]. Paris: HAS; 2019 p. 88. Disponible sur: [has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge](https://has.sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge)
10. Ricca V, Castellini G, Lo Sauro C, Ravaldi C, Lapi F, Mannucci E, et al. Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite*. déc 2009;53(3):418-21.
11. Kelly AS, Barlow SE, Rao G, Inge TH, Hayman LL, Steinberger J, et al. Severe Obesity in Children and Adolescents: Identification, Associated Health Risks, and Treatment Approaches: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2013;128(15):1689-712.
12. Barbuti M, Brancati GE, Calderone A, Fierabracci P, Salvetti G, Weiss F, et al. Prevalence of mood, panic and eating disorders in obese patients referred to bariatric surgery: patterns of comorbidity and relationship with body mass index. *Eat Weight Disord* [Internet]. 16 juin 2021 [cité 4 févr 2022]; Disponible sur: <https://link.springer.com/10.1007/s40519-021-01236-y>
13. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2019;109(5):1402-13.
14. Smink FRE, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *The International Journal of Eating Disorders*. 2014;47(6):610-9.

15. Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open*. 2013;3(5):e002646.
16. Javaras KN, Runfola CD, Thornton LM, Agerbo E, Birgegård A, Norring C, et al. Sex- and Age-Specific Incidence of Healthcare-Register-Recorded Eating Disorders in the Complete Swedish 1979–2001 Birth Cohort. *The International journal of eating disorders*. 2015;48(8):1070-81.
17. Steinhausen HC. Outcome of Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2009;18(1):225-42.
18. Ágh T, Kovács G, Supina D, Pawaskar M, Herman BK, Vokó Z, et al. A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eat Weight Disord*. 2016;21(3):353-64.
19. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2014;48(11):977-1008.
20. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*. 2011;68(7):724-31.
21. Steinhausen HC. The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(8):1284-93.
22. Steinhausen HC, Weber S. The Outcome of Bulimia Nervosa: Findings From One-Quarter Century of Research. *American Journal of Psychiatry*. 2009;166(12):1331-41.
23. Udo T, Grilo CM. Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *The International Journal of Eating Disorders*. 2019;52(1):42-50.
24. Jagielska G, Kacperska I. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatria Polska*. 2017;51(2):205-18.
25. Hearts Minds And Genes Coalition For Eating Disorders., Virgo H, Hutchison E, Mitchell E, Breen G, Ayton A. The Cost of Eating Disorders in the UK 2019 and 2020 (with annex) [Internet]. 2021 [cité 5 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.yumpu.com/en/document/read/65877873/the-cost-of-eating-disorders-in-the-uk-2019-and-2020-with-annex>
26. Deloitte Access Economics. Social and economic cost of eating disorders in the United States of America. Report for the Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders and the Academy for Eating Disorders [Internet]. 2020 p. 92. Disponible sur: <https://www.hsph.harvard.edu/striped/report-economic-costs-of-eating-disorders/>.
27. Butterfly Foundation. Paying The Price. The economic and social impact of eating disorders in Australia [Internet]. Sydney; 2012 [cité 5 juin 2023] p. 136. Disponible sur: https://butterfly.org.au/wp-content/uploads/2020/06/Butterfly_Report_Paying-the-Price.pdf
28. Streatfeild J, Hickson J, Austin SB, Hutcheson R, Kandel JS, Lampert JG, et al. Social and economic cost of eating disorders in the United States: Evidence to inform policy action. *International Journal of Eating Disorders*. 2021;54(5):851-68.

29. Haute Autorité de Santé (HAS). Boulimie et hyperphagie boulimique. Repérage et éléments généraux de prise en charge. Recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire [Internet]. Paris: HAS; 2019 p. 333. Disponible sur: has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge
30. Haute Autorité de Santé (HAS). Anorexie mentale : prise en charge. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: HAS; 2010 p. 33.
31. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Eating disorders: recognition and treatment. NHS England; 2017 p. 42. (NICE guidelines). Report No.: NG69. Updated: 16 December 2020.
32. Goldstein A, Gvion Y. Socio-demographic and psychological risk factors for suicidal behavior among individuals with anorexia and bulimia nervosa: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2019;245:1149-67.
33. Waxman SE. A systematic review of impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 2009;17(6):408-25.
34. Marzilli E, Cerniglia L, Cimino S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *AHMT*. 2018;Volume 9:17-30.
35. Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB), Dhote-Burger P, Dupont J, Criquillion S, Godart N. Offre de soins pour les TCA en France : état des lieux et perspectives. Rapport des travaux collaboratifs DGOS-FFAB 2015-2019. 2019 p. 185.
36. Johns G, Taylor B, John A, Tan J. Current eating disorder healthcare services – the perspectives and experiences of individuals with eating disorders, their families and health professionals: systematic review and thematic synthesis. *BJPsych Open*. 2019;5(4):e59.
37. Lindblad F, Lindberg L, Hjern A. Improved Survival in Adolescent Patients With Anorexia Nervosa: A Comparison of Two Swedish National Cohorts of Female Inpatients. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(8):1433-5.
38. Goldberg L, Ziv A, Vardi Y, Hadas S, Zuabi T, Yeshareem L, et al. The effect of COVID-19 pandemic on hospitalizations and disease characteristics of adolescents with anorexia nervosa. *European Journal of Pediatrics* [Internet]. 2022 [cité 28 janv 2022]; Disponible sur: <https://link.springer.com/10.1007/s00431-021-04350-2>
39. Agostino H, Burstein B, Moubayed D, Taddeo D, Grady R, Vyver E, et al. Trends in the Incidence of New-Onset Anorexia Nervosa and Atypical Anorexia Nervosa Among Youth During the COVID-19 Pandemic in Canada. *JAMA Network Open*. 2021;4(12):e2137395.
40. Springall G, Cheung M, Sawyer SM, Yeo M. Impact of the coronavirus pandemic on anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa presentations to an Australian tertiary paediatric hospital. *J Paediatr Child Health*. 2021;jpc.15755.
41. Anorexie, boulimie, aphasie... chez les jeunes, ces troubles du comportement alimentaire explosent avec la pandémie. *Le Monde.fr* [Internet]. 15 mars 2021 [cité 24 févr 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sciences/article/2021/03/15/anorexie-boulimie-aphasie-chez-les-jeunes-ces-troubles-du-comportement-alimentaire-explosent-avec-la-pandemie_6073202_1650684.html

42. Gosseume C, Dicembre M, Bemer P, Melchior JC, Hanachi M. Somatic complications and nutritional management of anorexia nervosa. *Clinical Nutrition Experimental*. 2019;28:2-10.
43. Kan C, Hawkings Y, Cribben H, Treasure J. Length of stay for anorexia nervosa: Systematic review and meta-analysis. *Eur Eat Disorders Rev*. 2021;29(3):371-92.
44. Neubauer K, Weigel A, Daubmann A, Wendt H, Rossi M, Löwe B, et al. Paths to First Treatment and Duration of Untreated Illness in Anorexia Nervosa: Are There Differences According to Age of Onset?: Paths to First Treatment in Anorexia. *European Eating Disorders Review*. 2014;22(4):292-8.
45. Volpe U, Monteleone AM, Ricca V, Corsi E, Favaro A, Santonastaso P, et al. Pathways to specialist care for eating disorders: An Italian multicentre study. *European Eating Disorders Review*. 2019;27(3):274-82.
46. Beat Eating disorders (UK's eating disorder charity). Delaying for years, denied for months [Internet]. Norwich (England); [cité 5 juin 2023] p. 28. Disponible sur: <https://www.beateatingdisorders.org.uk/about-beat/policy-work/policy-and-best-practice-reports/delaying-for-years-denied-for-months/>
47. Eisler I, Simic M, Fonagy P, Bryant-Waugh R. Implementing service transformation for children and adolescents with eating disorders across England: the theory, politics, and pragmatics of large-scale service reform. *J Eat Disord*. 2022;10(1):146.
48. Mitrofan O, Petkova H, Janssens A, Kelly J, Edwards E, Nicholls D, et al. Care experiences of young people with eating disorders and their parents: qualitative study. *BJPsych Open*. 2019;5(1):e6.
49. Escobar-Koch T, Banker JD, Crow S, Cullis J, Ringwood S, Smith G, et al. Service users' views of eating disorder services: An international comparison. *International Journal of Eating Disorders*. 2010;43(6):549-59.
50. House J, Schmidt U, Craig M, Landau S, Simic M, Nicholls D, et al. Comparison of specialist and nonspecialist care pathways for adolescents with anorexia nervosa and related eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2012;45(8):949-56.
51. Castellini G, Godini L, Amedei SG, Galli V, Alpigiano G, Mugnaini E, et al. Psychopathological similarities and differences between obese patients seeking surgical and non-surgical overweight treatments. *Eat Weight Disord*. 2014;19(1):95-102.
52. da Luz FQ, Sainsbury A, Mannan H, Touyz S, Mitchison D, Hay P. Prevalence of obesity and comorbid eating disorder behaviors in South Australia from 1995 to 2015. *International Journal of Obesity*. 2017;41(7):1148-53.
53. Lebow J, Sim LA, Kransdorf LN. Prevalence of a History of Overweight and Obesity in Adolescents With Restrictive Eating Disorders. *Journal of Adolescent Health*. 2015;56(1):19-24.
54. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*. août 2012;14(4):406-14.
55. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Estimation de population par département, sexe et âge quinquennal - Années 1975 à 2021 [Internet]. INSEE; 2021. (Estimation

de la population au 1^{er} janvier 2021. Séries par région, département, sexe et âge de 1975 à 2021). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>

56. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. L'essentiel sur... l'Île-de-France | Insee [Internet]. 2022 [cité 30 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4481962#consulter>
57. Hoek HW. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2016;29(6):336-9.
58. Royal College of Psychiatrists' Section of Eating Disorders. Eating disorders in the UK: service distribution, service development and training. London: Royal College of Psychiatrists; 2012 p. 56. (College Report CR170).
59. Cotgrove AJ, McLoughlin R, O'Herlihy A, Lelliott P. The ability of adolescent psychiatric units to accept emergency admissions: changes in England and Wales between 2000 and 2005. *Psychiatr Bull*. déc 2007;31(12):457-9.
60. Gard MCE, Freeman CP. The dismantling of a myth: A review of eating disorders and socioeconomic status. *Int J Eat Disord*. 1996;20(1):1-12.
61. Huryk KM, Drury CR, Loeb KL. Diseases of affluence? A systematic review of the literature on socioeconomic diversity in eating disorders. *Eating Behaviors*. déc 2021;43:101548.
62. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Population légale de l'Île-de-France [Internet]. INSEE; 2020. (INSEE Flash Île-de-France). Report No.: 52. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5002478>
63. Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), Direction Générale de la Santé (DGS), Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM). Feuille de route interministérielle « Prise en charge de l'obésité 2019-2022 » [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/feuille-de-route-2019-2022>
64. Byford S, Petkova H, Barrett B, Ford T, Nicholls D, Simic M, et al. Cost-effectiveness of specialist eating disorders services for children and adolescents with anorexia nervosa: a national surveillance study. *J Eat Disord*. 2021;9(1):76.

Annexe 1. Méthode d'analyse des données du PMSI IDF

Les chiffres du PMSI nous ont été fournis par M. Laurent PEYRAT à l'ARS d'IDF. L'extraction a été faite via DIAMANT⁴ pour les bases MCO, SSR et PSY de 2014 à 2019 en **nombre de personnes prises en charges** (par chaînage des séjours effectués par une même personne au cours de l'année), nombre de séjours et nombres de journées par établissement de soins. Les séjours n'ont pas été chaînés entre les différents types de prise en charge et champs d'activité MCO, SSR et PSY, une partie des usagers a donc pu être comptée deux fois sur la même année si elle changeait de mode de soins (HTC/HDJ) ou si la prise en charge était facturée dans des champs d'activité différents (MCO/PSY/SSR).

Les diagnostics sont codés dans le PMSI selon la 10^e révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) qui n'est pas complètement superposable au Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) utilisé le plus souvent en psychiatrie et qui a lui-même évolué au cours du temps, en particulier pour le diagnostic d'HB :

Figure 6 : évolution des diagnostics de TCA dans la classification DSM, d'après Galmiche et al. (13)

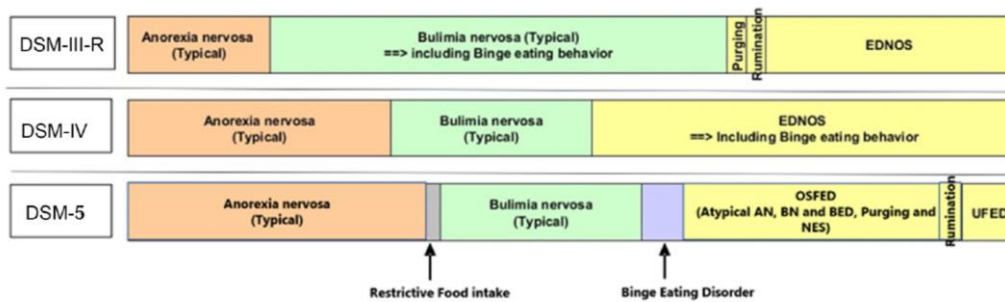


FIGURE 1 Evolution of the distribution of the main different types of eating disorder along the evolution of DSM classification. The visual proportion is only indicative. AN, anorexia nervosa; BED, binge eating disorder; BN, bulimia nervosa; DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; EDNOS, eating disorders not otherwise specified; NES, night eating syndrome; OSFED, other specified feeding or eating disorders; UFED, unspecified feeding or eating disorders.

Tous les diagnostics d'un séjour ont été regroupés et l'activité a été classée par diagnostic en fonction de la présence d'un code correspondant à un Trouble des Conduites Alimentaires (TCA) dans un des champs selon la méthode utilisée dans le rapport DGOS-FFAB (35) :

- Anorexie mentale (AM) : séjours avec au moins un code F50.0 (anorexie mentale) ou F50.1 (Anorexie mentale atypique)
- Boulimie nerveuse (BN) : séjours avec au moins un code F50.2 (boulimie) ou F50.3 (boulimie atypique)
- Hyperphagie : séjours avec au moins un code F50.4 (hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques, HAP). Ce code est utilisé pour les diagnostics d'hyperphagie boulimique dans les services spécialisés TCA mais couvre également d'autres types d'hyperphagies.

⁴ DIAMANT : Décisionnel Inter-Ars pour la Maîtrise et l'ANTicipation, plateforme permettant l'accès à 7 bases de données pour les ARS.

- ARFID (*Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*, trouble de restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments) : séjours avec au moins un code F98.2 (trouble de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant) où certains services spécialisés TCA regroupent les diagnostics d'ARFID mais qui peut également couvrir d'autres troubles de l'alimentation chez l'enfant.

Tous les diagnostics (principaux, associés et reliés) ont été pris en compte car les services spécialisés dans la prise en charge des TCA ont des habitudes de codage différentes en fonction de leur activité : certains services sont amenés à coder en priorité les complications des troubles puis les TCA. Certaines personnes ou certains séjours sont susceptibles d'avoir été comptabilisés deux fois car les diagnostics n'ont pas été priorisés les uns par rapport aux autres (un séjour ayant été codé pour le diagnostic d'AN et celui de BN est donc compté deux fois).

Ces données concernent toutes les personnes hospitalisées, à temps plein ou de jour, dans des établissements de soins qu'ils aient ou non une activité spécifique TCA. Ces chiffres donnent donc une indication sur le nombre de personnes souffrant de TCA, nécessitant une hospitalisation en Île-de-France quelle qu'en soit la raison (que le motif d'hospitalisation soit les TCA ou bien que ceux-ci soient seulement signalés comme une comorbidité).

Annexe 2. Méthode de l'enquête auprès des services spécialisés TCA

Les résultats suivants regroupent les données collectées directement auprès des services spécialisés TCA identifiés par le Réseau selon la méthode définie dans le rapport DGOS-FFAB (35). Ainsi ont été inclus les établissements prenant en charge au moins 20 personnes pour AM, BN ou HAP était atteint durant l'année 2019 en hospitalisation à temps complet ou en hospitalisation de jour. Certains établissements connus du Réseau TCA comme un recours possible pour les soins TCA ont ensuite été ajoutés à cette liste en raison de leur activité spécialisée TCA bien qu'ayant un volume d'activité plus faible (≥ 15 personnes sur l'année).

Les données sont déclaratives et ont été recueillies auprès des 22 services mentionnés dans le paragraphe II.B.1. durant le premier semestre de l'année 2021.

Les informations concernant les modalités d'accès aux soins ont par ailleurs été utilisées pour construire un guide à destination des professionnels de santé qui souhaiteraient adresser une personne souffrant de TCA à un service spécialisé.

Annexe 3. Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète

En MCO, les durées moyennes de séjour (DMS) pour les personnes souffrant d'AM et la BN sont plus longues dans les établissements spécialisés.

En PSY, la DMS pour la BN est plus longue dans les établissements ayant un service spécialisé. Pour l'AM au contraire, la DMS PSY est plus longue dans les établissements non spécialisés.

Ces chiffres sont difficiles à interpréter car, en raison du mode de codage dans le PMSI, il n'est pas possible de savoir si les TCA étaient le motif principal d'hospitalisation (les services MCO codant souvent les complications somatiques des TCA en diagnostic principal). Quand les personnes sont hospitalisées en raison de l'AM dont elles souffrent, la littérature internationale décrit des durées d'hospitalisation longues que celles retrouvées ici. En Europe, la durée moyenne d'hospitalisation est de 106 jours lorsque le motif d'hospitalisation est l'AM (43). Par ailleurs, une étude anglaise estime que les services spécialisés TCA et les autres ont des résultats et des coûts de prise en charge similaires mais se différencient sur le profil des usagers hospitalisés, les services spécialisés prenant en charge des personnes dont les troubles sont plus sévères (64). En effet, dans l'AM, les durées d'hospitalisations augmentent quand l'indice de masse corporelle de la personne admise est plus faible ou quand son âge est plus élevé (43).

Tableau 20 : comparaison des durées moyennes de séjour en HTC en 2019 dans les établissements ayant ou non une activité TCA

	Services spécialisés TCA		Autres services	
	Nb de séjours	DMS	Nb de séjours	DMS
AM MCO	622	19,8	503	11,4
AM SSR	18	44,8	52	45,8
AM PSY	972	54,4	190	67,8
BN MCO	170	16,1	89	7,6
BN SSR	0	-	248	9,8
BN PSY	136	41,2	30	33,5
HAP MCO	92	5,7	38	6,8
HAP SSR	0	-	90	49,5
HAP PSY	30	33,3	6	21,5

Annexe 4. Limites d'âge des personnes accueillies dans les services spécialisés TCA

Tableau 21 : limites d'âge des personnes accueillies dans les services spécialisés TCA

	<10	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	>25
Hôpital Robert Debré APHP																		
Centre Hospitalier Sud Francilien																		
CH de Versailles, site André Mignot																		
CHI de Créteil																		
Hôpital Bicêtre APHP																		
Clinique FSEF de Neufmoutiers-en-Brie																		
Institut Marcel Rivière MGEN La Verrière																		
Hôpital Ambroise Paré APHP																		
HU Paris Centre - Site Cochin APHP – Solenn																		
Institut Mutualiste Montsouris																		
Hôpital Jean Verdier APHP																		
CHI de Poissy																		
Clinique FSEF Paris 16e - Edouard Rist																		
Hôpital Simone Veil - UPAJA																		
Clinique Villa des Pages																		
Clinique Villa Montsouris																		
HEGP APHP																		
Clinique du Château de Garches																		
Hôpital Paul Brousse APHP - Nutrition																		
GHU Paris - Site Sainte Anne - CMME																		
Hôpital Paul Brousse APHP - Psychiatrie																		
Etablissement Paris MGEN																		

Annexe 5. Questionnaire « Axes prioritaires »

Questionnaire suite à la journée de travail sur la structuration du Réseau TCA Francilien Axes prioritaires pour la structuration du Réseau TCA Francilien

Chers collègues,

Suite à la journée de travail du Réseau TCA Francilien le jeudi 15 avril dernier visant à structurer la filière de soins TCA en IDF, une liste de propositions a été établie pour améliorer la réponse aux demandes de soins.

Nous vous sollicitons pour donner votre avis sur ces propositions afin de dégager les perspectives d'évolution prioritaires dans notre région et d'en faire un retour à l'ARS d'IDF.

Nous vous demandons de coter chaque proposition entre 0 (non prioritaire) et 10 (très prioritaire).

Nous vous remercions de ne soumettre qu'un questionnaire par service, **avant mardi prochain (22/06/2021)**.

Nous vous remercions de votre participation.

Dr France HIROT

Avec le comité de pilotage de la mission : Dr Stéphane BAHRAMI, Dr Corinne BLANCHET, Dr Philibert DURIEZ, Pr Nathalie GODART, Pr Jean-Claude MELCHIOR, Dr Isabelle NICOLAS, Mme Sophie REY-FABIUS, Dr Chantal STHENEUR, Dr Coline STORDEUR.

Repérage

1) Information du grand public

Campagnes d'information grand public

Créer une base documentaire d'information grand public (centralisation et mutualisation des supports d'information) pour améliorer la prévention primaire

Augmenter la visibilité de la ligne d'écoute téléphonique (augmenter la communication sur la ligne)

Professionaliser la ligne d'écoute téléphonique (rémunération de la coordination et des écoutants)

2) Formation des professionnels non spécialisés pour améliorer le repérage précoce

Développer la formation au repérage par les professionnels entourant les populations à risque (professionnels de l'éducation nationale, du périscolaire, du milieu du sport,...)

Accentuer la diffusion des recommandations HAS (pour les usagers et l'entourage)

Entrée dans la filière (dépistage / repérage / diagnostic)

1) Par les libéraux

Formation des soignants non spécialisés pour améliorer le diagnostic précoce

Accentuer la diffusion des recommandations HAS (pour les soignants)

Valoriser les actes/consultations de dépistage

2) Consultation d'urgence TCA

Développer des consultations d'urgence TCA

Des propositions plus précises vous sont présentées dans les lignes suivantes

- Consultations d'urgence pluridisciplinaires (somato-psychiatrique et diététique)
- Consultations d'orientation psychiatrique

3) HDJ d'évaluation TCA

Développer des évaluations TCA somato-psychiatriques en HDJ

Des propositions plus précises vous sont présentées dans les lignes suivantes

- HDJ faisant exclusivement de l'évaluation
- HDJ d'évaluation adossé à un HDJ de suivi

4) Plateforme d'orientation et de régulation téléphonique pour les urgences

Plateforme téléphonique de régulation pour les demandes urgentes

Plateforme ouverte aux professionnels (un 2^e item vous permettra de donner votre avis sur l'accès à cette plateforme par les usagers souffrant de TCA)

Gestion des disponibilités de lits/places en intra-hospitalier (HTC, HDJ) au niveau régional

Des propositions plus précises vous sont présentées dans les lignes suivantes

- Bed-manager
- Centralisation des demandes de soins et des offres disponibles sur une plateforme internet

5) Faciliter l'accès à la filière

Communiquer sur les structures spécialisées existantes auprès des soignants non spécialisés

Accès plus direct pour les patients aux services spécialisés

Des propositions plus précises vous sont présentées dans les lignes suivantes

- Accès direct pour les usagers, type « guichet unique » ou doctolib, aux consultations d'urgence TCA pour une orientation rapide sur le territoire
- Accès du grand public via la plateforme d'orientation téléphonique d'urgence

Début des soins (soins non spécialisés)

1) Consultations avancées TCA dans les territoires où il n'y a pas de services spécialisés

Consultations avancées par les équipes spécialisées TCA dans les territoires où il n'y a pas de services spécialisés

Des propositions plus précises vous sont présentées dans les lignes suivantes

- Consultations par les équipes spécialisées TCA dans les CMP
- Consultations avancées par les équipes spécialisées TCA dans les services hospitaliers

Praticien d'un service spécialisé TCA consultant dans les hôpitaux ou territoires n'ayant pas de service TCA

2) Augmenter les capacités d'HTC en services non spécialisés TCA

Développer des places dédiées dans les unités d'HTC non spécialisées

Des propositions plus précises vous sont présentées dans les lignes suivantes

- Lits dédiés en pédiatrie pour le sauvetage nutritionnel
- Lits dédiés en nutrition adulte
- Lits d'accueil en pédopsychiatrie
- Lits d'accueil en unité de crise en psychiatrie
- Lits d'accueil en psychiatrie adulte

Avoir un référent formé TCA dans les services non spécialisés ayant des lits dédiés

Valoriser la télé-expertise (pour venir en soutien des équipes non spécialisés)

Mettre en place et diffuser des protocoles de renutrition

Equipe mobile TCA pour venir en soutien des services non spécialisés (psychiatriques ou somatiques)

Soins spécialisés TCA

1) Développement de nouvelles structures de soins spécialisés

Augmenter le nombre de structures spécialisées

Des propositions plus précises vous sont présentées dans les lignes suivantes

- Améliorer le maillage territorial (notamment Val d'Oise, Seine et Marne, Essonne +/- Yvelines)
- Augmenter le nombre de structures enfant
- Augmenter le nombre de structures adolescent
- Augmenter le nombre de structures adulte

Développer de nouvelles modalités de soins dans les structures existantes

Des propositions plus précises vous sont présentées dans les lignes suivantes

- HDJ intensifs (5 jours par semaine)
- HDJ classiques (non intensifs)
- Hospitalisation de nuit
- Unité de thérapie familiale, TMF
- Groupes de parole
- Dispositif d'accompagnement médico-social permettant des liens d'interface (AS, médecine du travail, médecine universitaire, etc pour la reprise du travail ou d'une formation)

2) Augmenter les ressources dans les services spécialisés existants

Augmenter les ressources dans les services spécialisés existants

Des propositions plus précises vous sont présentées dans les lignes suivantes

- Augmenter les ressources humaines dans les services existants (notamment en HTC)
- Augmenter le nombre de lits de soins intensifs de nutrition adulte
- Augmenter le nombre de lits dans les autres services d'HTC spécialisés
- Augmenter le nombre de consultations TCA spécialisées

3) Valorisation des soins spécialisés TCA existants

Valoriser les soins spécialisés TCA existants

Des propositions plus précises vous sont présentées dans les lignes suivantes

- Revaloriser les consultations médicales TCA à l'hôpital
- Tarification des consultations non médicales (diététiques, etc) TCA à l'hôpital
- Remboursement des soins ambulatoires non remboursés (diététicien, psychologue,...)

Articulation entre les structures, organisation des soins, travail en réseau

1) Formalisation d'une gradation de la filière de soins selon les propositions DGOS-FFAB

Structurer des niveaux de soins et labelliser des centres (centres de recours et de coordination niveau 3 et centres de soins spécialisés niveau 2)

Formaliser de l'articulation entre les centres de différents niveaux

Des propositions plus précises vous sont présentées dans les lignes suivantes

- Conventions entre structures spécialisées pour fluidifier les parcours TCA et les transitions
- Coordonner les parcours de soins entre les structures spécialisées et non spécialisées
- Répertorier les prises en charge de groupe (ou les ressources rares) disponibles en IDF pour les mutualiser (par exemple soutien des familles, prises en charge à destination des jeunes adultes ou des usagers souffrant de comorbidités TSA/TCA)

2) Permettre une meilleure continuité dans les prises en charge

Développer et soutenir le Réseau TCA Francilien (financement de la coordination et des actions du Réseau)

Formaliser et valoriser le travail avec le Réseau TCA (par exemple en formalisant et valorisant les réunions cliniques comme des RCP)

Elargir la tranche d'âge accueillie dans les services pour adolescents (au-delà de 18 ans)

Réunions cliniques sous l'égide du Réseau pour organiser les transitions (enfant-adolescent ; adolescent-adulte)

Groupe/journée de travail sur la transition enfant-adolescent et adolescent-adulte

Créer des dossiers patients partagés au sein du Réseau

3) Maintenir un lien au cours de la prise en charge, entre les différents types de soins

Mettre en place un système de soignant référent pour assurer les transitions

Des propositions plus précises vous sont présentées dans les lignes suivantes

- Soignant référent (non médecin) pour les transitions
- Case manager (pas forcément soignant) pour les situations de transition
- Renforcer la place du médecin généraliste lors des transitions
- Psychiatre référent

Reconnaitre les statuts de pairs-aidant, représentant des usagers, Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), etc

Des propositions plus précises vous sont présentées dans les lignes suivantes

- Reconnaitre du statut de pair-aidant, représentant des usagers, etc
- Promouvoir les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)

4) Mobiliser les toutes ressources d'aval disponibles

Mobiliser les libéraux

Des propositions plus précises vous sont présentées dans les lignes suivantes

- Revaloriser les consultations de suivi TCA en libéral
- Valoriser les réunions Réseau comme RCP
- Mettre en place un annuaire régional des libéraux et le diffuser

Equipe mobile TCA pour soutenir l'HAD non spécialisée

Mobiliser les unités non spécialisées avec (augmentation) des places dédiées pour l'aval

Des propositions plus précises vous sont présentées dans les lignes suivantes

- Unités de réintégration scolaires
- Consultations
- SSR
- Partenariat/ augmentation de l'offre Soins-Etudes
- Foyers thérapeutiques
- Appartements thérapeutiques

Favoriser la recherche dans le domaine des TCA

Promouvoir la recherche collaborative au sein du Réseau TCA IDF

Evaluation médico-économique des soins et parcours

Annexe 6. Liste des répondants à l'enquête auprès des services non spécialisés TCA et des associations

Services hospitaliers


- 75-Hôpital Européen Georges Pompidou, service de Nutrition (réinterrogé car Centre Spécialisé de l'Obésité IDF Sud)
- 75-Hôpital Bichat, service de Nutrition (Centre Spécialisé et Intégré Nord Francilien de l'Obésité)
- 75-Hôpital Cognacq Jay, service Digestif-Métabolique-Endocrinologie
- 75-Hôpital La Pitié Salpêtrière, service de Nutrition (Centre Spécialisé et Intégré de l'Obésité IDF Centre)
- 75-Hôpital Trousseau, service de Nutrition
- 77-Clinique du Pays de Seine (Bois le Roy), services de Psychiatrie et Pédopsychiatrie
- 77-Hôpital Forcilles – Fondation Cognacq-Jay, service de Nutrition (réponse brève par mail)
- 92-Centre Hospitalier Rives de Seine (Neuilly sur Seine), Unité d'Accueil et de Crises de l'Adolescent
- 92-Hôpital Louis Mourier (Colombes), service de Psychiatrie
- 92-Hôpital Louis Mourier (Colombes), service de Nutrition (Centre Spécialisé et Intégré Nord Francilien de l'Obésité)
- 92-Hôpital Louis Mourier (Colombes), service de Pédiatrie
- 92-MGEN, Rueil-Malmaison (réponse brève par mail)
- 94-Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, service de pédopsychiatrie (avant la mise en place d'une collaboration plus étroite avec le service de pédiatrie du CHIC)
- 94- Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve Saint Georges, service de Pédiatrie
- 95-Centre Hospitalier d'Argenteuil, service de Pédiatrie
- 95-Centre Hospitalier René Dubos (Pontoise), service de pédiatrie, unité de Médecin de l'adolescent
- 95-Hôpital Simone Veil (Eaubonne), service de Pédiatrie générale

Associations

- 75-Affects et aliments
- 75-Association ENDAT
- 75-Association Enfine
- 75-La Note Bleue
- 75-Outremangeurs anonymes Paris
- 94-Fondation Castellotti et Fédération Nationale des Associations liées aux Troubles des Conduites Alimentaires (FNA-TCA)
- 95-Association Autrement

Annexe 7. Appel à projet de l'ARS d'IDF sur les HDJ d'évaluation

Page 1 sur 7

	<p>Appel à projets</p> <p>Labellisation d'hôpitaux de jour d'évaluation rapide pluriprofessionnelle pour les troubles des conduites alimentaires</p>	<p>Direction de l'offre de soins</p> <p>14 octobre 2021</p>
---	--	---

1 : Contexte

Les troubles des conduites alimentaires (TCA), comportant l'anorexie mentale, la boulimie, l'hyperphagie boulimique, le trouble de restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments (ARFID : *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*) et les troubles non spécifiés constituent un enjeu majeur de santé publique, débutant le plus souvent entre 14 et 20 ans, pouvant néanmoins survenir plus tôt dans l'enfance ou à l'âge adulte. La prévalence des TCA en population générale en Ile-de-France est d'environ 100 000 personnes entre 15 et 34 ans¹. La caractéristique commune à ces différentes formes de TCA est de constituer des troubles psychiatriques d'origine poly factorielle, incluant des facteurs génétiques, développementaux, psychologiques et sociaux. Ils se manifestent, outre les symptômes psychiques, par une dérégulation de la prise alimentaire, diminuée ou augmentée selon les cas.

Les TCA sont susceptibles d'évoluer vers des complications somatiques et psychiatriques graves, mettant en jeu la santé, l'insertion sociale et menaçant le pronostic vital. Ils sont responsables d'une surmortalité importante, selon le trouble de 2 à 12 fois plus importante qu'en population générale. L'anorexie mentale est en effet l'une des premières causes de mortalité prématurée chez les 15-24 ans en France. La boulimie génère aussi une surmortalité importante de 2 à 3 fois supérieure à celle de la population générale, celle liée à l'hyperphagie boulimique étant causée pour sa part par le surpoids et/ou l'obésité associée. Le retentissement 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 sur celle de leurs familles.

Une prise en charge spécialisée et la mise en place des soins de façon précoce et adaptée permettent d'améliorer le pronostic. Or, selon les données PMSI sur l'activité TCA en Ile-de-France analysées par le réseau TCA francilien², sur les 1618 personnes prises en charge pour TCA en séjour hospitalier en

¹ Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*. 2012;14(4):406-14.

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Estimation de population par département, sexe et âge quinquennal - Années 1975 à 2021 [Internet]. INSEE; 2021. [Estimation de la population au 1^{er} janvier 2021. Séries par région, département, sexe et âge de 1975 à 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>

²étude prochainement mise en ligne sur le site du réseau

Agence régionale de santé Ile-de-France
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr>

2019, tous établissements confondus, 75% l'ont été dans des établissements ayant une activité spécialisée TCA.

Pour répondre à ces enjeux, l'instruction n° DGOS/R4/2020/148 du 3 septembre 2020 relative à l'organisation de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire a pour objectif d'accompagner les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale dans la structuration de l'offre de soins de prise en charge des TCA sur les territoires. Elle s'inscrit dans le cadre des orientations portées par Ma Santé 2022 et la feuille de route Santé mentale et psychiatrie.

L'instruction prévoit de structurer l'offre de soins sur les territoires en trois niveaux selon le rapport DGOS/FFAB³ :

- le niveau 1 réalise des évaluations de premier recours somatique, nutritionnelle et psychiatrique, il repère et oriente vers les soins les plus adaptés ;
- le niveau 2 assure une évaluation pluri professionnelle somatique, nutritionnelle et psychiatrique hospitalière spécialisée TCA ;
- le niveau 3 inclut les possibilités d'évaluation du niveau 2 avec tous les niveaux de soins et la capacité de coordination des parcours de soins, ces structures constituent un niveau de recours pour les prises en charge complexes.

L'objectif est de garantir une équité d'accès aux soins pour tous, avec une offre de soins co-construite par l'ensemble des acteurs du parcours de santé et de vie et coordonnée, proposant notamment une évaluation pluri professionnelle initiale et des soins de proximité individuels et collectifs avec un suivi personnalisé et adapté.

Le présent appel à projet s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de cette instruction. Il vise à favoriser la réalisation d'une évaluation pluri professionnelle initiale rapide, afin de démarrer de façon précoce les soins de proximités adaptés. Il constitue une première étape pour la structuration de l'ensemble de la filière de soins dans une logique territoriale.

2 : Objet de l'AAP

L'AAP vise à labelliser des hôpitaux de jour d'évaluation rapide pluriprofessionnelle pour les troubles des conduites alimentaires.

Il vise à renforcer des structures existantes pour leur permettre de fonctionner conformément aux attentes décrites ci-dessous et à assurer leur répartition harmonieuse sur le territoire.

Cet AAP s'inscrit dans l'objectif de promouvoir la précocité de l'évaluation des troubles et de la mise en place des soins adaptés.

Dans le cadre de l'instruction, ces structures ont pour mission d'assurer une évaluation pluri professionnelle hospitalière spécialisée TCA, ce sont des structures de niveau 2.

Les établissements sélectionnés dans le cadre du présent AAP seront reconnus centre de recours et de coordination TCA du niveau 2, soit immédiatement s'ils remplissent les conditions fixées dans le rapport DGOS-FFAB de 2019⁴, soit au plus tard trois ans après renforcement par les crédits du présent

³ https://www.ffab.fr/images/pdf/Rapport_FFAB-DGOS_offre-de-soins-pour-les-TCA-en-France.pdf

⁴ https://www.ffab.fr/images/pdf/Rapport_FFAB-DGOS_offre-de-soins-pour-les-TCA-en-France.pdf

AAP. Pour autant, un établissement pourra être reconnu centre de recours et de coordination TCA de niveau 2 sans être retenu dans le cadre du présent AAP. Dans ce cas, il sera reconnu au titre de sa mission de soins, et non de sa mission d'évaluation.

La population-cible est celle des enfants, adolescents et adultes présentant au sens de la classification DSM 5 une anorexie mentale, une boulimie nerveuse, un « binge eating disorder » ou hyperphagie boulimique , un ARFID ou un trouble non spécifique. Cela ne concerne pas les personnes présentant une obésité sans trouble des conduites alimentaires.

3 : Missions des hôpitaux de jour d'évaluation rapide pluriprofessionnelle pour les TCA

Les hôpitaux de jour d'évaluation rapide pluri professionnelle pour les TCA assurent les missions suivantes :

- Assurer la mission d'évaluation du TCA, sur demande motivée d'un professionnel du premier recours, pour confirmer le diagnostic, évaluer la gravité des troubles et les comorbidités et proposer un projet personnalisé de soins élaboré en coopération avec le patient et sa famille. Le contrat de soins sera formalisé par un compte-rendu, et construit avec le médecin traitant et les professionnels amenés à suivre le patient sur le long cours.
- Répondre aux urgences ou sollicitations de prise en charge des cas complexes et/ou graves (en capacité d'organiser, sur place ou par convention, la prise en charge des situations critiques, y compris le besoin de soins intensifs/réanimation)
- Coordonner le parcours de soins initial des patients TCA à l'issue de l'évaluation et jusqu'au transfert de cette responsabilité à une structure de suivi, afin de limiter au maximum les ruptures de prise en charge particulièrement délétères chez ces patients (diffusion des bonnes pratiques, partage de compétences entre professionnels, formation, liens formalisés avec les associations d'usagers)

Les centres retenus échangeront, sous la coordination du réseau TCA francilien et dans le cadre de travaux nationaux, pour élaborer les données minimales à recueillir dans le cadre d'une évaluation. Les centres candidats à cet AAP s'engagent à participer à cette démarche et respecter le socle de données qui sera défini dans ce cadre. Ces données, sous forme anonymisée, seront également utilisées pour le rapport d'activité, qui respectera un modèle-type.

En tant que centre recours et de coordination TCA de niveau 2, l'établissement s'engage à participer, notamment dans le cadre du réseau TCA francilien, à l'enseignement, la formation et la recherche.

4 : Conditions

- Conditions à remplir par l'établissement de santé

Les établissements sélectionnés seront identifiés par l'ARS en tant que centres de recours et de coordination TCA (niveau 2). Les établissements élaborent un projet médical spécifique TCA. Ce projet précise le territoire d'intervention, le type de patients accueillis, l'organisation et les différents types de prises en charge proposées avec le parcours fléché des patients dont le volet prise en charge en

urgence, la filière de soins et les partenariats (mis ou à mettre en place). Il décrit l'organisation interne retenue par l'établissement : unité dédiée TCA ou activité identifiée TCA au sein d'une unité de soins.

L'établissement doit faire partie du réseau TCA francilien (par adhésion d'au moins un professionnel du service TCA impliqué).

Pour être identifié comme centre de recours et de coordination, l'établissement de santé doit disposer des compétences suivantes : pédopsychiatre ou psychiatre, médecin somaticien, IDE, psychologue, diététicien. Si une compétence est manquante, l'établissement peut proposer une organisation alternative dans son dossier de candidature. En cible, tous les professionnels doivent être spécifiquement formés aux TCA.

L'établissement accueille au moins 20 nouveaux patients hospitalisés par an (hospitalisation complète ou hôpital de jour – évaluation et soins confondus).

- Conditions à remplir par l'hôpital de jour

L'hôpital de jour d'évaluation rapide pluriprofessionnelle pour les TCA propose les prestations suivantes :

- un entretien psychiatrique et/ou pédopsychiatrique, avec histoire clinique et évaluation des antécédents et traitements
- un examen médical évaluant le retentissement somatique et les comorbidités associées, avec antécédents et traitements,
- un bilan biologique, un ECG.
- une évaluation diététique visant à déterminer l'ensemble des attitudes et comportements liés aux troubles des conduites alimentaires
- un bilan psychologique et neuropsychologique si besoin, avec un bilan utilisant des outils validés (incluant une évaluation minimale commune aux centres d'île de France et en accord avec l'évaluation nationale commune)
- un bilan social, avec recueil de variables socio-démographiques

Pour atteindre l'objectif de mise en place précoce des soins adaptés, la structure se fixe un délai maximal pour donner un RV et veille à organiser un accès en urgence pour les situations qui le nécessitent. Ces délais sont régulièrement suivis et des actions correctrices sont mises en place en cas de non-atteinte des cibles. Une réflexion est en cours pour la mise en place d'une plateforme d'orientation TCA. L'établissement candidat s'engage à mettre à disposition des créneaux de rendez-en hospitalisation de jour d'évaluation vous pour cette plateforme, lorsqu'elle sera opérationnelle et selon des modalités à convenir.

L'évaluation fait l'objet d'un bilan restitué à la personne associant professionnels et le cas échéant entourage.

Après l'évaluation, l'hôpital de jour organise l'orientation du patient vers les soins appropriés. Pour cela, il s'appuie sur une réunion pluri professionnelle et pluridisciplinaire. A l'issue de cette réunion, une proposition de soins et d'accompagnement personnalisé est formalisée sous forme de projet de

soins personnalisés. Il peut prévoir un contact avec le patient, dans un délai adapté à l'état clinique, pour s'assurer de la mise en place du parcours ou l'appuyer dans les difficultés rencontrées. L'hôpital de jour d'évaluation est adossé à une capacité d'hospitalisation à temps complet ou partiel.

5 : Structures porteuses

L'établissement candidat à la labellisation doit impérativement être porteur d'une autorisation de médecine ambulatoire, adulte et/ou enfant selon la tranche d'âge visée. Il doit également disposer, en son sein ou par convention avec un autre établissement, d'une activité de psychiatrie financée en DAF.

6 : Calendrier

- lancement de l'AAP : 15 octobre 2021
- réception des candidatures : 29 novembre 2021
- sélection des dossiers retenus : fin décembre 2021
- versement des crédits : début janvier 2022

7 : Eléments attendus dans la réponse

Les projets sont à envoyer à l'ARSIF et devront présenter :

- identification de l'établissement candidat et, le cas échéant, du ou des établissements partenaires qui contribueront au fonctionnement de l'hôpital de jour
- identification du professionnel référent du projet, qui sera l'interlocuteur technique de l'ARS
- identification de la personne à contacter au niveau de la direction de l'établissement
- projet médical TCA, incluant une description de l'activité actuelle TCA de l'établissement candidat (activité d'évaluation et de suivi) et une description de l'offre de soins TCA sur le territoire : niveau 1 (non spécialisé), niveau 2 (unités hospitalières spécialisées), niveau 3 (recours)
- description des modalités de réalisation de chaque prestation, en précisant les ressources sur place ou les structures partenaires pouvant accueillir le patient si la conclusion de l'évaluation indique un besoin d'hospitalisation complète, une évaluation en Service d'accueil des urgences ou un besoin de réanimation
- description des locaux et de leur accessibilité
- description de l'organisation de la concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire
- modèle-type de bilan d'évaluation
- description de l'articulation avec les structures qui assureront les soins

- actions de communication envisagées pour faire connaître l'hôpital de jour
- indicateurs d'évaluation avec niveau actuel et cibles
- ETP par qualification, en distinguant les professionnels déjà présents et ceux à recruter
- identification des professionnels formés aux TCA
- plan de formation prévu
- modèle économique : charges, produits issus de la tarification des séjours, autres recettes, le cas échéant différentiel à couvrir par des crédits DAF

Le dossier attendu ne doit pas dépasser 15 pages.

Pour toutes demandes d'information : laure.wallon@ars.sante.fr

Le réseau TCA Francilien (reseautca.idf@gmail.com) peut apporter conseil et appui aux structures intéressées par le présent AAP.

Les établissements devront faire acte de candidature par transmission d'un dossier **avant le 29 novembre 2021**. Les dossiers de candidature sont à transmettre par voie électronique aux deux adresses mails suivantes : laure.wallon@ars.sante.fr et ars-idf-dos@ars.sante.fr

8 : Modèle économique

L'établissement candidat décrit son modèle économique, qui associe deux types de financement :

- les recettes issues de la tarification T2A des séances d'hôpital de jour (médecine)
- le cas échéant, une demande de complément sous forme de DAF pour financer les compétences spécifiquement psychiatriques qui ne seraient pas couvertes par les tarifs des séjours.

Ce complément de DAF est alloué à titre pérenne pour les candidatures qui remplissent déjà les conditions du niveau 2 décrites dans le rapport DGOS-FFAB de 2019⁵. Il est alloué pour une durée de trois ans pour les structures qui ne remplissent pas encore ces conditions. Au terme des trois ans, l'atteinte des conditions du rapport est évaluée et les crédits sont pérennisés si les conditions sont remplies et le centre reconnu niveau 2.

9 : Evaluation des dossiers

Pour être éligible, le dossier doit être présenté par une structure remplissant les conditions indiquées au point 5 et respecter les conditions de l'AAP.

Les critères d'appréciation des dossiers seront :

⁵ https://www.ffab.fr/images/pdf/Rapport_FFAB-DGOS_offre-de-soins-pour-les-TCA-en-France.pdf

- expérience des acteurs sur la thématique, en particulier activité TCA actuelle de l'établissement candidat (évaluation et soins)
- qualité des liens préexistants avec les structures du territoire participant à la prise en charge des TCA
- localisation de l'HDJ (les départements de la Seine-et-Marne, Essonne, Val d'Oise, Yvelines et Seine-Saint-Denis sont ceux où le recours aux soins hospitaliers est le plus bas).
- pertinence du modèle économique proposé.

Les dossiers seront instruits avec le soutien technique du réseau TCA francilien, dans le cadre d'un jury régional. Le choix des projets sera réalisé par la directrice générale de l'ARS Ile-de-France.