



HAL
open science

Comment permettre aux personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires un accès plus précoce aux soins ?

Nina Kalindjian

► To cite this version:

Nina Kalindjian. Comment permettre aux personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires un accès plus précoce aux soins ?. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02292852

HAL Id: dumas-02292852

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02292852>

Submitted on 20 Sep 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2018

N° 269

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Comment permettre aux personnes souffrant de troubles
des conduites alimentaires un accès plus précoce aux soins ?

Présentée et soutenue publiquement
le 19 octobre 2018

Par

Nina KALINDJIAN

Née le 8 février 1990 à Paris (75)

Dirigée par Madame Le Professeur Nathalie Godart, PU-PH

Jury :

M. Le Professeur Maurice Corcos, PU-PH..... Président

M. Le Docteur Jean-Sébastien Cadwallader, MG

Mme Le Docteur Anne-Claire Stona, PH

Mme Le Docteur Chantal Stheneur, PH



REMERCIEMENTS

A Monsieur le **Professeur Maurice Corcos**, pour me faire l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour toute la formation clinique et théorique que vous m'avez procurée à travers la richesse de vos interventions. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde considération et de ma reconnaissance.

A Madame le **Professeur Nathalie Godart**, pour avoir accepté de diriger cette thèse et m'avoir encouragée et accompagnée de près durant cette année de travail. Merci pour votre disponibilité, la justesse de vos corrections, vos précieux conseils et votre grande bienveillance. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au **Docteur Jean-Sébastien Cadwallader**, pour avoir accepté de juger ce travail.

Au **Docteur Chantal Stheneur**, pour m'avoir fait découvrir la médecine de l'adolescent durant mon externat. Je vous en suis reconnaissante et vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury.

Au **Docteur Anne-Claire Stona**, pour avoir accepté de juger ce travail.

A **Isabelle, Pablo, Antoine et Aurélie** ainsi que **Lucile et Philippe** pour toutes les connaissances cliniques qu'ils m'ont apportées.

A **Marie-Aude** pour son soutien et sa bienveillance, et **Christelle** pour être une excellente partenaire de recherche.

A tous les psychiatres auprès desquels j'ai aimé travailler et qui m'ont permis de tant apprendre au cours de mon internat.

A **mon père** pour m'avoir donné le goût de la médecine. A **ma mère** pour tout l'aide qu'elle m'a prodiguée. Votre présence attentive et votre soutien depuis tant d'années m'ont permis d'en être là aujourd'hui. Merci d'avoir toujours cru en moi.

A mon frère **Jean** et ma sœur **Lisa**, pour toutes ces années de complicité.

A **Laure**, pour être une amie d'exception, qui m'a soutenue tout au long de mon parcours.

A **Paulyana**, pour être une amie sur qui j'ai pu compter depuis tant d'années.

Au groupe des copains : Delphine, Buzz, Jerem, Jo, Sabine, Marie, Olivier, Steve et tous les autres, merci pour tous ces bons moments passés avec vous !

A Syrine, Agathe, Mathilde, Joséphine, Liz et Juliette... de si belles rencontres durant ces quatre années d'internat.

A **Florian** pour tout ce qu'il m'apporte au quotidien.

LISTE DES ABREVIATIONS

AFDAS-TCA : Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire

AM : Anorexie mentale

ARS : Agence Régionale de Santé

BAPU : Bureau d'Aide Psychologique Universitaire

BN : Boulimie nerveuse

BTS : Brevet Technicien Supérieur

C'JAAD : Centre d'évaluation pour Adolescents et Jeunes Adultes

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies

CMME : Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale

CMP : Centre Médico-Psychologique

DEPS-R : Revised Diabetes Eating Problem Survey

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DSM : Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux

EAT-26 : Eating Attitude Test

EDI : Eating Disorder Inventory

EPPIC : Early Psychosis Prevention and Intervention Center

FFAB : Fédération Française Anorexie Boulimie

FP : Faux Positif

FREED : First Episode and Rapid Early Intervention for Eating Disorders

GnRH : Hormone de libération des Gonadotrophines Hypophysaires

HAS : Haute Autorité de Santé

HB : hyperphagie boulimique

HbA1c : Hémoglobine glyquée

IMC : Indice de Masse Corporelle

MG : Médecin Généraliste

MHFA : Mental Health First Aid

NA : Non Approprié

NATA : National Athletic Trainer's Association

NEDSP : National Eating Disorder Screening Program

NCAA : National Collegiate Athletic Association

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

NP : Non Précisé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odd Ratio

PEC : Prise En Charge

PMA : Procréation Médicalement Assistée

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

RSM : Ratio standardisé de mortalité

SEYLE : Saving and Empowering Young Lives in Europe

SOPK : Syndrome des Ovaires Polykystiques

TCA : Trouble des conduites alimentaires

TCA-NS : Trouble des conduites alimentaires non spécifié

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TDAH : Trouble Déficit de l'Attention et Hyperactivité

TIPS : Early Treatment and Intervention of Psychosis

VPN : Valeur Prédictive Négative

VPP : Valeur Prédictive Positive

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	2
Liste des abréviations.....	4
Introduction.....	8
I) <u>Prévention, dépistage, repérage</u>	10
1. La prévention selon l’OMS.....	10
2. Dépister.....	11
3. Repérer.....	20
II) <u>Quelles modalités de repérage existent ? sur quelles populations ?</u>	23
1. Outils de dépistage.....	23
2. Repérage : revue de la littérature.....	25
a) Méthode.....	25
b) Résultats.....	26
c) Discussion.....	48
III) <u>Quels sont les intérêts et inconvénients à dépister/repérer précocement ?</u>	49
1. Intérêts.....	49
2. Inconvénients.....	51
3. Barrières au repérage.....	53
IV) <u>Quelles expériences de repérage précoce existent en santé mentale ?</u>	55
1. TCA et troubles schizophréniques : comparaison de la prévalence et de la gravité.....	55
a) Les TCA.....	55
b) Les troubles schizophréniques.....	56
2. Repérage précoce de la schizophrénie.....	58
3. Prévention du suicide.....	60
4. Prévention de la dépression.....	61
5. Prévention des addictions (alcool, drogues).....	62
6. Prévention du TDAH.....	63
V) <u>Quelles actions proposer ?</u>	64
1. Les médecins.....	64
a) Les médecins généralistes.....	65

b) Les psychiatres.....	66
c) Les pédiatres.....	67
d) Les gynécologues.....	67
e) Les endocrinologues.....	68
f) Les gastro-entérologues.....	69
2. Les diététiciens.....	70
3. Les dentistes.....	71
4. Les pharmaciens.....	71
5. La population scolaire.....	72
6. La population générale.....	75
7. La population sportive.....	77
8. Autres populations.....	79
VI) <u>Et si on repère plus ?</u>	84
Conclusion.....	88
Bibliographie.....	90
Annexe 1.....	99
Annexe 2.....	100
Annexe 3.....	103
Annexe 4.....	104
Annexe 5.....	108
Annexe 6.....	109
Résumé.....	111

Introduction

Les services spécialisés dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires font le constat que les soins adaptés surviennent souvent de manière trop tardive, plusieurs mois voire années après l'apparition des premiers symptômes. Il existe de nombreuses situations pour lesquelles une prise en charge aurait pu débuter plus précocement, ce qui aurait peut-être permis d'éviter l'aggravation des troubles, la chronicisation ou l'hospitalisation.

Voici un exemple qui illustre ce propos :

Anna est une jeune fille de 14 ans qui consulte la première fois en centre spécialisé en juin 2017, tardivement car elle a perdu 12 kilos en 1 an, malgré un suivi psychologique sur la même période.

Si l'on s'intéresse au parcours de soins de cette patiente, on note que :

- Une prise en charge hebdomadaire en psychiatrie libérale a été mise en place dès le mois de décembre 2017. Mais devant les bonnes capacités d'élaboration de la patiente, le psychiatre ne s'est pas aperçu de l'amaigrissement progressif. Il se serait même montré rassurant sur son évolution envers les parents, disant qu'elle « n'était pas très malade ».
- Devant l'aménorrhée, une consultation gynécologique a été programmée. Malgré la connaissance de la perte récente de 10 kilos, le gynécologue n'a pas évoqué le diagnostic d'anorexie mentale. Il n'a alors exprimé aucune inquiétude et conclut que l'irrégularité des cycles est normale à cet âge.
- Elle a également consulté un pédiatre qui ne s'est pas inquiété de la perte de poids

Sa mère a également un TCA de type boulimie/anorexie. C'est elle qui, malgré la position du psychothérapeute, suite à un conseil d'une collègue, décide de prendre un rendez-vous spécialisé à l'Institut Montsouris pour sa fille. Cependant, les symptômes sont déjà installés depuis un an (été 2016), et Anna ne parvient pas à se réalimenter en ambulatoire, le poids stagne. Une hospitalisation est donc rapidement décidée en septembre 2017. A son admission, l'IMC était de 15.6 kg/m² (45.6 kg). (cas clinique détaillé en Annexe 1)

Quand j'accueille cette jeune fille en tant qu'interne lors de cette hospitalisation, la situation m'interpelle. En effet, Anna a donc consulté trois intervenants différents qui auraient pu chacun à leur niveau, repérer les symptômes de son anorexie mentale. Cela aurait éventuellement permis une prise en charge plus précoce de sa pathologie, une progression moins sévère des troubles et peut-être que l'hospitalisation aurait été ainsi évitée.

C'est pourquoi, après discussion de cette situation avec les collègues et la consultante en ambulatoire, j'en suis venue à m'intéresser à la question du repérage et de la prise en charge précoce.

Nous proposons donc dans ce travail :

- I) Les définitions de la prévention, dépistage, et repérage,
- II) Une revue de littérature sur les données actuelles du repérage des TCA,
- III) Une discussion sur les intérêts et inconvénients à repérer précocement,
- IV) Un exposé de ce qui existe en termes de prévention secondaire pour d'autres troubles de santé mentale,
- V) Une discussion sur les actions qui amélioreraient le repérage des TCA
- VI) Et enfin une réflexion sur comment accueillir davantage de personnes qui seraient repérées plus précocement.

I) Prévention, dépistage, repérage

1) La prévention selon l'OMS

D'après la définition de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) datant de 1948 [1] :

1. Avant l'apparition de la maladie : **la « prévention primaire »**. C'est l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en termes environnementaux ou sociétaux.

La prévention primaire dans les troubles des conduites alimentaires fait partie du domaine de la recherche. Les premiers programmes qui ciblaient les symptômes alimentaires semblaient produire un effet délétère. Ultérieurement d'autres programmes se sont développés visant d'autres cibles. En résumé la prévention primaire pourrait réduire les facteurs de risque de TCA telles que l'insatisfaction corporelle ou les préoccupations pondérales. Il existe plusieurs approches développées par différentes équipes dans le monde comme celles de type universel par éducation aux médias, ou sélectives par dissonance cognitive visant à améliorer le regard des jeunes filles sur leur corps ; cette dernière a été montrée efficace pour diminuer les facteurs de risque de TCA en fin d'adolescence et chez les jeunes adultes, des études sont à faire chez les adolescents plus jeunes. En revanche, il n'est pas à ce jour établi si la prévention primaire peut influencer sur la survenue des TCA ; d'autres recherches doivent être effectuées [2].

2. **Au tout début de la maladie : la « prévention secondaire »**

Le but de la prévention secondaire est de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque. Dans cette optique, le dépistage – dans la mesure où il permet de détecter une atteinte ou la présence de facteur de risque

– trouve toute sa place au cœur de la prévention secondaire. A côté du dépistage, le diagnostic et le traitement prodigué en vue d'éviter la progression de la maladie sont des composants tout aussi essentiels de la prévention secondaire.

Ce travail va traiter de la prévention secondaire, et plus particulièrement sur la première étape qui consiste à détecter la maladie.

3. Une fois la maladie installée : **la « prévention tertiaire »**

Enfin, l'OMS envisage une « prévention tertiaire » qui intervient à un stade où il importe de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population » et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. En d'autres termes, il s'agit d'amoindrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement. Par ailleurs, la prévention tertiaire vise la réadaptation du malade, sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique. Elle correspond au traitement des complications et rechutes des troubles des conduites alimentaires.

Dépister ou repérer ?

2) Dépister

Selon l'OMS cela consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Une pathologie peut effectivement se développer de manière insidieuse, sans signes physiquement apparents. Ainsi par exemple, l'HAS préconise un test par Hemocult tous les 2 ans chez les hommes et femmes entre 50 et 74 ans pour dépister les formes asymptomatiques de cancer du côlon par recherche de sang dans les selles. [3]

Quels sont les critères de recours à un dépistage ?

1. La maladie dépistée doit constituer une menace grave pour la santé publique (fréquence de la pathologie, gravité des cas, ...).

- **Fréquence de la pathologie :**

La prévalence de l'anorexie mentale dans les populations de jeunes femmes varie de 0.9 à 1.5%, et est de 0,6% toutes populations confondues [4]. Ce chiffre augmente à 1% chez les femmes pour la boulimie et 0,1% chez les hommes [5]. Quant à l'HB, la prévalence vie entière est estimée à 1,9% chez les femmes et 0,3% chez les hommes (Preti 2009).

- **Gravité des cas**

- Taux de mortalité

L'anorexie mentale présente l'un des plus forts taux de mortalité parmi les troubles de santé mentale.

En effet une méta-analyse récente montre que le RSM (ratio standardisé de mortalité) de l'AM est de 5,86 : c'est-à-dire que le nombre de décès dans la population AM est de 586% par rapport à celui qui serait attendu hors pathologie. [6] Parmi les causes de décès on retrouve en majorité les complications somatiques de l'AM (54%), puis le suicide (27%). [7]

La mortalité associée à la BN est moins considérable mais reste préoccupante : cette même méta-analyse retrouve un RSM de 1.93, c'est-à-dire que la mortalité retrouvée dans le groupe de patients BN est à 193% de celle qui serait attendue sans BN.

En ce qui concerne les TCA-NS, malgré le faible nombre d'études portant sur le sujet, le RSM a tout de même été calculé et est de 1,92, donc presque similaire à celui de la BN. [6]

L'HB a été moins étudié.

- Complications somatiques de l'AM

On peut citer par exemple [8] [9] :

- Complications aiguës
 - Atteintes cardio-vasculaires : hypotension orthostatique, bradycardie, hypotension, allongement du QTc, troubles du rythme secondaires à l'hypokaliémie
 - Troubles électrolytiques : hypokaliémie si vomissements, hyponatrémie si potomanie
 - Complications gastro-intestinales : constipation voire occlusion, cytolysé hépatique

- Complications chroniques
 - Aménorrhée primaire ou secondaire et infertilité
 - Insuffisance cardiaque
 - Atteintes hématologiques : leucopénie, anémie carentielle, thrombopénie. La neutropénie favorise le risque infectieux.
 - Hypomagnésémie, hypocalcémie. Il existe un risque d'insuffisance rénale fonctionnelle.
 - Ostéopénie et ostéoporose avec risque fracturaire
 - Incontinence urinaire

➤ Complications somatiques de la BN

- Complications aiguës liées aux vomissements :
 - Hypokaliémie et troubles du rythme cardiaque,
 - Pneumopathie d'inhalation

- Complications chroniques :
 - Œsophagite peptique, reflux gastro-œsophagien, ulcères gastriques, Mallory-Weiss
 - Lésions dentaires

➤ Risque suicidaire

Il a été mis en évidence dans l'enquête Baromètre Santé Jeune 97/98 portant sur 4115 adolescents âgés de 12 à 19 ans, un lien entre TCA et risque suicidaire chez l'adolescent : les adolescents présentant des conduites alimentaires perturbées ont 2,9 fois plus de pensées suicidaires que les autres. [10]

Cette corrélation se retrouve également chez le sujet adulte présentant un TCA (AM et BN). En effet, une étude se basant sur les registres nationaux suédois incluant 2 268 786 individus (8-30 ans), dont 1.4% des femmes et 0.09% des hommes présentent un TCA, montre que le risque de TS chez les sujets atteints de TCA est 5.28 fois supérieur au risque chez les sujets sains, et ce ratio monte à 5.39 quant au décès par suicide. Ces risques restent augmentés après ajustement pour la dépression, anxiété et addictions (Respectivement 1.82 et 2.04). [11]

➤ Anxiété, dépression et abus de substances

Les patients ayant un TCA (les entités référencées dans le DSM IV) présentent régulièrement d'autres comorbidités psychiatriques de manière concomitante : il a été montré que 56,2% des AM, 94,5% des BN, 78,9% des HB sont associées à d'autres troubles psychiatriques du DSM IV parmi l'anxiété, les troubles de l'humeur, l'impulsivité, et les abus de substance. Parmi ceux-ci, on note que l'AM et la dépression sont associées dans 39,1% des cas, ce taux augmente à 50,1% pour la BN. En ce qui concerne les troubles anxieux, ils touchent 47,9% des patients présentant une AM, 80,6% de ceux présentant une BN et 65,1% des patients avec HB. Enfin, quant aux abus de substance, l'OR dans la population des AM en comparaison avec la population non TCA est de 3.0, 4.6 dans la catégorie BN et 2.1 pour l'HB. [4]

Une revue de littérature datant de 2010 retrouve également une association entre HB et dépression dans la majorité des études retenues. [12]

2. Il doit exister un traitement d'efficacité démontrée. Une intervention doit être efficace pour les patients identifiés précocement, avec la preuve que l'intervention plus précoce apporte de meilleurs résultats que l'intervention plus tardive.

Aucune intervention n'a montré une efficacité sur l'absence de développement d'un TCA. Il existe des études en prévention primaire : il a été montré une baisse des symptômes mais pas de la survenue des diagnostics de TCA. [2]

- Les études de pronostic réalisées entre 1980 et 1989 et celles réalisées entre 1990 et 1999 montrent très peu de différences en termes de pronostic de l'AM en ce qui concerne la mortalité, la rémission totale, l'amélioration et la chronicité des troubles. [13]
- En ce qui concerne les patients hospitalisés pour AM, on note une nette diminution du taux de mortalité en une décennie (1977/1981 comparé à 1987/1991). Ce qui montre que les soins spécialisés ont une efficacité sur l'AM. [14]
- Nos thérapeutiques ont une efficacité ... Modérée, insatisfaisante mais réelle comme par exemple la thérapie familiale.
- Il pourrait y avoir un intérêt à traiter de manière plus précoce (cf. III)

3. Il faut disposer de moyens appropriés de diagnostic et de traitement.

Le diagnostic se fait sur des critères cliniques consensuels.

Les recommandations de bonnes pratiques nationales et internationales s'accordent sur les grands principes de traitement : approche pluridisciplinaire associant prise en charge nutritionnelle, somatique et psychologique.

4. La maladie doit être décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique.

Il n'y a pas de symptômes identifiés comme précurseurs durant une phase de latence, les TCA sont identifiable au début de leur installation clinique.

5. Il existe un examen de dépistage efficace.

Il existe des instruments de dépistages qui sont des questionnaires (voir I)

6. Il faut que l'épreuve utilisée soit acceptable pour la population.

Oui Cf. II

7. Il faut bien connaître l'histoire naturelle de la maladie.

a/ L'histoire naturelle des TCA a été peu étudiée.

Pour l'AM : On retrouve très peu d'articles sur l'histoire naturelle sans prise en charge. En effet, la plupart des auteurs se basent sur des comportements alimentaires, des attitudes mais non sur le diagnostic d'AM strictement établi. En ce qui concerne le devenir des patients en population clinique : 5% des patients décèdent, moins de la moitié de ceux qui survivent présentent une rémission totale des troubles, un tiers s'améliorent partiellement et un cinquième présentent des troubles qui se chronicisent. Le taux de mortalité augmente avec la durée du suivi. Le pronostic de survie est également meilleur lorsque l'apparition des troubles se situe à l'adolescence, en comparaison avec un début à l'âge adulte [13] [15]

Pour la boulimie, la plupart des études sur l'histoire naturelle concluent que les symptômes restent relativement stables au cours du temps. [13] King & al relèvent en population de médecine générale, une grande stabilité des symptômes à 12-18 mois, puis une persistance du diagnostic de BN chez 3/5 des sujets à 2-3 ans [16]. En population clinique, le taux de mortalité est de 0,7%. Le taux de guérison est de 47,5%, 26% s'améliorent et 26% se chronicisent. (Steinhausen 2009)

Quant à l'HB, il n'y pas d'études de suivi au long cours, les taux de rémission retrouvés sont variables selon les rares études interventionnelles menées à ce sujet (32 à 76%). [17]

Pour toutes les formes de TCA, la rémission spontanée est également l'une des possibilités d'évolution, mais il est difficile de la chiffrer. En effet, les études traitant de ce sujet se font sur des populations non cliniques, le nombre de sujets ayant ou ayant eu des TCA est donc faible, et les résultats non généralisables. [18]

b/ Les formes partielles de TCA (TCA-NS) à l'adolescence ne sont pas sans conséquences à l'âge adulte :

En effet il a été montré sur un échantillon de 1943 patients que les formes partielles de TCA à l'adolescence (15-17 ans), ce qui correspond à 2 sur 4 des critères de l'AM ou de la BN basés sur le DSM IV, sont prédictives dans les 10 ans qui suivent d'un risque 2 à 3 fois plus élevé de dépression et d'anxiété ainsi que d'un risque majoré d'abus de substance [19].

Une autre étude réalisée quelques années plus tard sur une cohorte de 771 patients qui avaient entre 11 et 17 ans à l'inclusion confirme la majoration du risque de symptômes dépressifs chez l'adulte jeune lorsque les symptômes alimentaires sont importants à l'inclusion (c'est-à-dire score de SCOFF ≥ 2).[20]

Ces deux études divergent quant au devenir pondéral des adolescents présentant des symptômes alimentaires : la première [19] retrouve une association entre forme partielle de TCA à l'adolescence et poids insuffisant chez le jeune adulte. A l'inverse Herpetz & al montrent que les symptômes alimentaires de l'adolescent seraient plutôt corrélés à un surpoids 6 ans après l'inclusion, indépendamment de l'IMC de base ou de celui des parents, ainsi qu'un risque majoré d'obésité. Ces résultats disparates pourraient s'expliquer par le fait que la définition des formes partielles de TCA est différente chez les deux auteurs ; l'un des deux prenant en compte le DSM IV et l'autre utilisant le SCOFF.

Aux Etats-Unis en 2013 une étude prospective menée sur une large population d'adolescents (14322) montre que les régimes chez l'adolescent sont prédictifs de comportements extrêmes pour perdre du poids (utilisation de traitements à visée amincissante et/ou laxatifs et/ou vomissements) chez le jeune adulte entre 18 et 26 ans [21]. Les régimes chez l'adolescent favorisent également l'émergence d'HB à l'âge adulte. [21]. Chez les adolescentes, les comportements extrêmes pour perdre du poids sont associés à un risque majoré de TCA à l'âge adulte.

Enfin, une distorsion de l'image corporelle chez l'adolescent de sexe masculin est associée à un risque de TCA augmenté chez le jeune adulte. [21]

c/ En ce qui concerne les TCA avérés chez l'adolescent :

Ils sont tous un facteur de risque de comorbidités psychiatriques à l'âge adulte telles que l'anxiété, la dépression, la consommation de toxiques ou l'auto-agressivité (sauf pour l'AM). En population générale la BN et l'HB sont prédictifs d'obésité à l'âge adulte, et l'AM de poids trop faible. [22]

Il est reconnu que les troubles des conduites alimentaires de l'adolescent entraînent également des complications somatiques à l'âge adulte telles qu'une augmentation du risque cardio-vasculaire, une asthénie chronique, de fréquentes insomnies, des douleurs, des symptômes neurologiques, une santé plus précaire de manière générale. [23]

d/ Migrations des formes de TCA de l'adolescent

Il existe également des données sur le fait que les TCA de l'adolescent vus en population clinique peuvent évoluer vers d'autres formes de TCA.

- Les patients présentant une HB ont pour certains présenté une AM lorsqu'ils étaient plus jeunes (0.6%) et on retrouve également parfois une BN qui se déclare après l'apparition de l'HB (11.9%).
- Chez les patients présentant une BN : une partie d'entre eux ont été touchés par l'AM (16.7%) et une autre par l'HB (27.3%) avant l'apparition des symptômes de BN.
- Dans le groupe AM : il y a un risque concomitant d'apparition de BN (19.4%) et un risque d'HB ultérieur à l'AM (2.8%).

[24]

e/ Impact de la grossesse sur l'histoire naturelle des TCA

Il est montré que la grossesse peut avoir une influence sur le cours de la maladie. Une étude retrouve 74% de rémission de la BN durant la grossesse ; cependant, la grossesse est également une période de vulnérabilité quant à l'HB.[25] Les effets positifs sur la BN perdurent jusqu'à 9 mois post-partum. Une amélioration de l'AM a également été décrite durant la grossesse mais celle-ci ne persiste que jusque 6 mois en post-partum.[26]

8. Il faut que le choix des sujets qui recevront un traitement soit opéré selon des critères préétablis.

Il n'y a pas de critères précis déterminant à partir de quand on traite les TCA.

9. Il faut que le coût de la recherche des cas ne soit pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux.

La fréquence des TCA reste faible en population générale, ce qui entraînerait des coûts démesurés. Cependant, le ciblage de population (adolescentes et femmes jeunes) permettrait de pallier à cet obstacle.

Le NICE ne recense aucune étude économique sur les outils d'identification des TCA.

10. Il faut assurer la continuité d'actions dans la recherche des cas et non la considérer comme une opération exécutée « une fois pour toutes ».

Cela veut dire mettre en place un dispositif pérenne.

En pratique :

Dans le cas des TCA, un dépistage consisterait à rechercher directement des symptômes, qui seraient dans la plupart des cas insuffisants pour porter un diagnostic de TCA avéré. Ces symptômes peuvent appartenir à un cortège de diagnostics très variés et sont aspécifiques, comme par exemple une perte d'appétit et un amaigrissement qui peuvent survenir également dans le cadre d'une dépression, des vomissements pouvant être liés à l'anxiété. Et ces symptômes ne sont pas le signe d'une évolution certaine vers des TCA.

Mais les TCA sont des pathologies graves, avec une mortalité élevée par complications somatiques et un risque suicidaire important. Elles favorisent l'apparition ultérieure de dépression, anxiété, abus de substance, auto-agressivité, poids insuffisant ou à l'inverse obésité...

En conclusion, il y a certainement un vrai intérêt en santé publique à dépister les symptômes de TCA à l'adolescence pour une prévention globale de santé physique et psychique à l'âge adulte, et possiblement pour le repérage du risque suicidaire.

Mais si on veut prévenir seulement les TCA, le « rendement » est faible devant l'investissement nécessaire. En effet il faudrait une prévention sur une population très large pour prévenir une fréquence de trouble très basse.

Par contre **le repérage** pourrait être plus intéressant.

3) Repérer

Repérer consiste à savoir identifier un trouble des conduites alimentaire devant un faisceau d'arguments en faveur.

Les recommandations en France de la Haute Autorité de Santé (HAS) [27] et au Royaume-Uni du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [28], mettent l'accent sur l'importance d'un repérage précoce des TCA.

En effet, une étude suédoise publiée en 2006 montre une diminution de la mortalité des patientes hospitalisées pour AM entre 1987 et 1991 en comparaison avec 1977 à 1981. En effet le taux de mortalité passe de 4.4 à 1,2%. Les auteurs soutiennent l'idée que l'amélioration de la prise en charge spécialisée des patientes souffrant d'anorexie mentale en a permis l'amélioration du pronostic et donc une diminution de la morbi-mortalité. Ils font l'hypothèse que cette amélioration du pronostic pourrait être due à un repérage et un début des soins plus précoce ; l'information sur cette pathologie étant de plus en plus importante, les hospitalisations se font de ce fait, plus précocement [14].

Une étude menée aux Pays-Bas auprès des médecins généralistes, montre qu'un patient âgé de 19 ans ou moins au moment de la détection du TCA par le médecin généraliste, a 4 fois

plus de chances de guérir d'une anorexie mentale, et 8 fois plus de chance de guérir d'une boulimie, par rapport à une détection après 20 ans. Ceci confirme l'hypothèse d'amélioration du pronostic des TCA par une détection chez les jeunes gens, probablement du fait d'une durée d'évolution moindre. [29].

Il a en effet été montré par exemple que plus la durée d'évolution de l'anorexie mentale sans traitement est importante, moins le traitement est efficace [30].

Ainsi, quand l'anorexie mentale est prise en charge plus de trois ans après le début des symptômes, le traitement est moins efficace. [31]

Cependant, à ce jour, seule une faible proportion de sujets atteints de TCA bénéficie d'une prise en charge précoce. Ceci est observé dans différentes études internationales : moins de 50% des sujets souffrant d'AM ou de TCA sont soignés au cours de leur vie ([4]; [32]). En 2007, une étude finlandaise a montré que seuls 50% des patients présentant un TCA étaient repérés par le système de santé de « premier recours ». En outre, seulement 30% des patients souffrant d'anorexie mentale étaient adressés en psychiatrie ou en service spécialisé. [33] Concernant la boulimie, seulement 6% des patients touchés ont bénéficié de soins psychiatriques. [7] Quant aux patients présentant une hyperphagie boulimique, seuls 33,6% ont un suivi psychiatrique au cours de leur vie. [4]

Moins les diagnostics sont stricts (troubles non spécifiés) moins le traitement est fréquent : en 2008 en France, 39542 adolescents ont rempli un questionnaire nommé ESCAPAD. Les résultats montrent que les adolescents présentant des symptômes infracliniques sont environ deux fois moins pris en charge que ceux qui remplissent tous les critères diagnostiques complets. Effectivement, les médecins s'inquiéteront moins devant un IMC compris entre 17 et 18.5 kg/m² que devant une maigreur extrême. Pourtant les formes partielles d'anorexie mentale peuvent présenter un risque de complications somatiques et psychiatriques aussi sévère que l'AM répondant aux critères du DSM 5. [32]

L'évolution des critères diagnostiques dans le DSM 5 est un des éléments allant dans le sens d'un repérage plus précoce et plus large en soins primaires : en effet, le retrait du critère « aménorrhée » pour le diagnostic de l'AM peut permettre un diagnostic plus précoce puisque l'aménorrhée peut survenir tardivement après l'apparition des symptômes

alimentaires. De même, pour la boulimie le critère de fréquence de crises est passé de 2/semaine à 1/semaine sur une période de 3 mois. Et le DSM 5 inclus également les formes de TCA NS.

Conclusion :

L'intérêt du repérage et de la prise en charge précoces est de :

- Améliorer le pronostic et diminuer la morbi-mortalité
- Prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales ;
- Permettre une information sur l'anorexie mentale et ses conséquences et faciliter l'instauration d'une alliance thérapeutique avec le patient et ses proches.

II) Quelles modalités de repérage existent ? Sur quelles populations ?

1) Outils de dépistage

- En France, actuellement, la HAS recommande de procéder à un repérage ciblé chez les personnes à risque (adolescentes, adultes jeunes, mannequins, sportifs, diabétiques type I, hypercholestérolémie familiale), ainsi que chez les patients présentant des signes d'appel. [27]
- Dans ces cas, l'HAS recommande au praticien de poser une ou deux questions sur l'alimentation, ou de faire passer le questionnaire du SCOFF[34] [35] , à l'écrit ou oral, l'efficacité du dépistage étant la même dans les deux cas [36] :

1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
4. Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

Différents questionnaires, écrits ou oraux à visée de dépistage des TCA existent : onze outils dimensionnels existent, dont l'EAT-26 qui est validé en soins primaires. Mais la longueur et la complexité de leur utilisation rendent leur réalisation difficile en médecine générale. Douze outils brefs ont été mis en place, dont le SCOFF et l'ESP. La cotation est plus aisée et rapide. En contrepartie, ils sont moins précis quant aux comportements alimentaires. La majorité de

ces outils sont développés et validés dans les populations féminines, ce qui peut conduire à sous-diagnostiquer les hommes atteints. [37]

Le SCOFF est le plus étudié des questionnaires existant pour le repérage des TCA, mais seulement 2 études cas témoin [34], [38] étudient sa performance dans l'identification de TCA. Il a été validé en France uniquement sur une population étudiante. [38]

Sa sensibilité moyenne n'est que de 90%. Beaucoup de variabilité est retrouvée entre les études, ce qui peut être dû à la prévalence changeante entre les différents types de population.[28] La valeur prédictive positive (VPP), c'est-à-dire la proportion de patients ayant un TCA parmi ceux qui ont le test positif varie de 24,4 à 81% et la valeur prédictive négative (VPN), c'est-à-dire la proportion de patients qui n'ont pas de TCA parmi ceux qui ont un test négatif varie entre 88,7 et 99,3%. Il existe donc un risque de surdiagnostic. C'est ce que l'on peut voir sur une étude française datant de 2015 réalisée dans une université : elle retrouvait 24,4% de SCOFF-F positifs chez les femmes et 10,2% chez les hommes, ce qui paraît très élevé par rapport aux connaissances épidémiologiques actuelles.[39]

De plus, le SCOFF est peu efficace pour le repérage de l'HB. [35]

Si un dépistage par questionnaire se mettait en place, à quelle fréquence faudrait-il le renouveler ? Peu de données existent sur la durée de la phase asymptomatique des TCA. Si le but est de repérer la pathologie au stade le plus précoce, un système de dépistage organisé et répété paraît donc peu adapté.

Concernant l'AM, le déni des patients ainsi que de la famille est fréquent, surtout au début de la maladie. Un patient qui essaie de masquer sa perte de poids et qui rationalise ses choix alimentaires passera à travers les mailles d'un dépistage qui se ferait simplement par questionnaire. Un(e) patient(e) boulimique ayant honte de ses symptômes ne cochera peut-être pas la case associée...

Le NICE recommande de « ne pas utiliser les outils de dépistage tels que le SCOFF comme unique méthode pour déterminer si les patients ont un TCA. » [28]

Par ailleurs, il a été montré que le fait de poser deux questions à l'oral « avez-vous été anorexique ? », « quelqu'un a-t-il déjà pensé que vous aviez un trouble alimentaire ? » est

aussi efficace que d'autres questionnaires plus longs pour repérer les troubles alimentaires tels que l'EDI (Eating disorder inventory) et probablement le SCOFF. [40]

De nouveaux outils de dépistage comme le SWED sont en cours d'évaluation. La différence avec les questionnaires existants serait de pouvoir différencier chacun des TCA en fonction des réponses données et de catégoriser en « bas risque », « haut risque », « symptômes précoces » et « probable diagnostic clinique » pour les TCA (AM, la BN et HB selon les critères du DSM 5). Il est construit pour être réalisable en ligne, ce qui limite les coûts. La sensibilité du SWED en population de jeunes étudiantes de 18 à 25 ans est de 80% et sa spécificité de 82%.[41]

Hormis l'utilisation de questionnaires, quelles autres modalités de repérage/dépistage des TCA existent-elles ?

2) Repérage : revue de littérature

a) Méthode

Nous avons recherché d'après la méthode PRISMA les articles évaluant la prévention secondaire des TCA en termes de repérage. Cette recherche systématique a été conduite par deux chercheurs en aveugle sur les bases de données PUBMED et PSYCINFO. Puis une mise en commun des articles sélectionnés a été entreprise.

Les critères d'inclusion sont : étude en français ou en anglais, parue entre 1980 et 2018, concernant la prévention secondaire c'est-à-dire le repérage/dépistage, et axés sur les TCA (AN, BN, HB et symptômes alimentaires).

Les critères d'exclusion sont : les études portant sur la prévention primaire, la prévention secondaire concernant l'intervention précoce, la prévention tertiaire.

Pour la recherche, les termes « feeding and eating disorders » et « secondary prevention », « early identification », « early detection », « early diagnosis » ont été utilisés.

b) Résultats

- Lors de la recherche initiale sur PUBMED 240 articles ont été identifiés. Devant ce faible nombre, des recherches plus spécifiques aux différents types de population mis en évidence par ces premiers articles ont été menées :
 - Médecine générale : en recherchant « eating disorders » et « general practice », 120 articles ont été trouvés, 10 résumés lus, puis 5 articles ont été lus intégralement, et 3 sont retenus. (4 en langue étrangère)
 - En population scolaire : 30 articles sont trouvés, 9 résumés lus, 7 articles sont lus intégralement, et 4 sont retenus. 4 en langue étrangère
 - En population sportive : 130 articles sont mis en évidence, 20 résumés sont lus, 12 articles sont lus intégralement et 5 sont retenus.
 - En soins dentaires : « eating disorders » et « dental care » : 183 articles trouvés, 12 résumés ont été lus, 6 articles sont lus intégralement, et 4 articles sont retenus.

Donc au total sur PUBMED, 493 articles ont été trouvés, 442 ont été exclus par rapport au titre ou la langue d'écriture (si autre que français ou anglais) ; 51 résumés ont été lus. Après exclusion, des articles portant sur la prévention primaire et de ceux ne correspondant pas au sujet, 30 articles ont été intégralement lus et finalement, 16 ont été retenus.

- La recherche initiale sur PSYCINFO a mis en évidence 100 articles. Parmi ceux-ci, 7 ont été exclus car écrits en langue étrangère autre que l'anglais, et 28 ont été sélectionnés par le titre. Après exclusion de 7 doublons, d'un article traitant de l'obésité et de 14 articles portant finalement sur la prévention primaire, l'intervention précoce ou la prévention tertiaire, 6 ont été intégralement lus. Deux d'entre eux ont été retenus.
- Une recherche manuelle à partir des références bibliographiques des articles lus a permis d'inclure 13 articles supplémentaires dans la revue.

Au final, 31 études ont été incluses.

- **Types de populations étudiées**

Ce sont les études portant sur les soins primaires en médecine générale qui sont le plus étudiées. Parmi celles-ci, les auteurs s'intéressent en majorité aux médecins généralistes (tableau1) (7/31) et ensuite aux patients consultant en cabinet de médecine générale (2/31), (tableau 2).

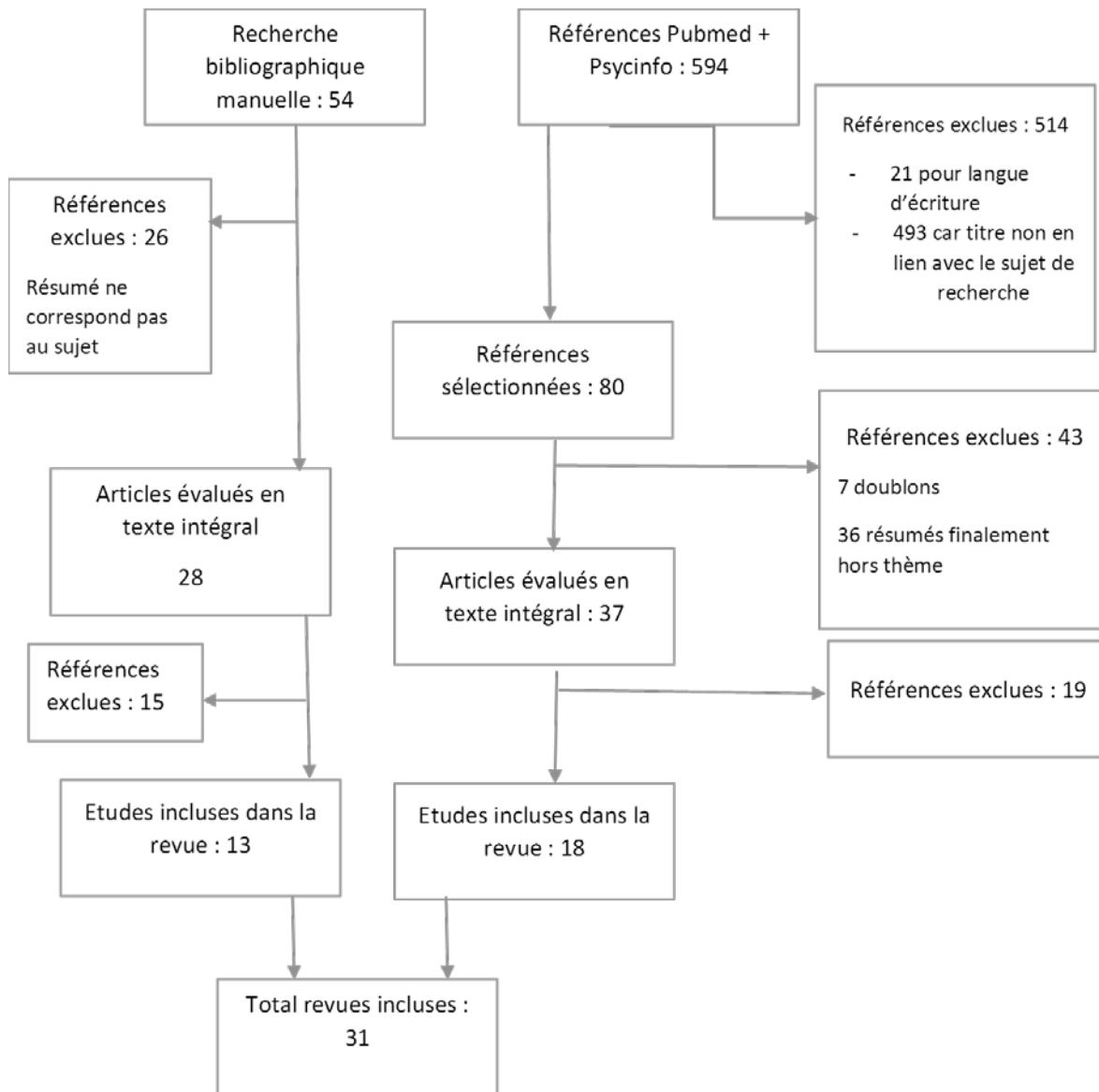


Figure 1 - Flow Chart

Ce sont ensuite les populations scolaires qui sont étudiées (tableau 3), que ce soit du côté du personnel scolaire (4/31) ou des élèves (3/31).

Les professionnels dans le domaine du sport (tableau 4) sont également représentés (6/31), ainsi que les professionnels de santé dentaire (4/31) (tableau 5).

La question a été étudiée également chez les gynécologues (2/31) (tableau 6).

Enfin, un article porte sur la prévention secondaire des TCA en population générale (1/31) (tableau 7).

Une seule publication concernant la population psychiatrique a été trouvée (1/31) (tableau 8). Il en est de même pour les gastro-entérologues (1/31).

- **Origine des études**

Toutes les études portant sur les populations scolaires sont réalisées aux Etats-Unis. Les autres ont été menées également souvent aux Etats-Unis mais aussi en Europe (très majoritairement au Royaume-Uni). Aucune étude française sur le sujet n'a été retrouvée.

- **Le type de TCA étudié**

Le type de TCA le plus étudié dans cet échantillon d'articles est paradoxalement l'anorexie mentale (21/31) alors que les autres TCA sont plus fréquents. Vient ensuite la boulimie (15/31). L'HB est très peu représentée alors qu'elle fait partie des TCA les plus fréquents (2/31). On retrouve certains articles portant sur les symptômes alimentaires (8/31). Trois articles évoquent les TCA sans préciser à quelles pathologies plus spécifiquement ils font référence.

- **Repérage des cas pas les médecins généralistes**

Tableau 1 - Articles concernant les médecins généralistes

Année	Référence	Pays	Pathologie	Critères diagnostiques	Age	Population	N résultats	Taux de réponses exploitables	Principaux résultats
1996	Bursten et Col.[42]	USA	BN	2 crises/semaine depuis 3 mois	NP	Médecins généralistes	240	40,3%	1/3 : jamais eu de patient BN 2/3 : disent ne pas en avoir dans leur file active
2000	Hugo[43]	Royaume-Uni	TCA (pas de précision) – eating disorders	NP	Patients de moins de 65 ans	Médecins généralistes	434	NP	Selon les MG, de 0 à 13 patients référés à un service spécialisé

2005	Flavahan[44]	Irlande	AM, BN, HB	DSM IV	NP	Médecins généralistes	91	25%	Suivent en moyenne 1.34 AM et 0.92 BN
2008	Green[45]	Royaume-Uni	TCA (troubles non spécifiques) Disordre d eating	NP	Patiente de 18 ans dans le cas clinique	Médecins généralistes	88	33%	Référer d'un patient est lié à des normes subjectives
2009	Currin[46]	Royaume-Uni	TCA (AM et BN)	Littérature académique et protocole anglais de PEC des TCA	NP	Médecins généralistes	82	53,2%	60% des MG ne reconnaissent pas l'aménorrhée comme critère d'AM 45.8% ne citent pas l'hypertrophie des parotides dans la BN 87.7% sous-estiment la prévalence de la BN
2013	Hunt[47]	Royaume-Uni	AM	NP	NP	Médecins généralistes	12	NP	Hésitation dans les diagnostics, relation avec les patientes AM considérées comme très complexes
2017	Higgins[48]	USA	AM	DSM V	NP	Médecins généralistes	160	88%	Devant des vidéos cas cliniques d'AM, 40% n'évoquent même pas le diagnostic.

Il existe une grande variation des taux de réponse des médecins généralistes concernant les études portant sur le repérage des TCA. En effet, selon les articles, ce taux va de 25 à 88% mais il est très majoritairement inférieur à 50%.

Les diagnostics de TCA posés en cabinet de médecine générale sont moins nombreux que ceux qui seraient attendus en se fiant aux données épidémiologiques. Les études épidémiologiques concernant les TCA en population générale sont rares : Lucas & al (1991) ont estimé que la prévalence attendue de l'AM est de 0,15%. Sur une file active de 2000 patients, un médecin généraliste devrait donc être confronté à 3 cas d'AM.

La prévalence vie entière de la BN chez la femme selon les critères du DSM IV est estimée entre 1 et 1,7% ([5], [49]). Il n'y a pas d'étude portant sur la prévalence en population

générale à un instant donné. Flahavan & al se basent sur les données suivantes : 1 à 5% de la population féminine serait boulimique. Ils attendent 18 cas de BN sur une file active de 2000 patients d'après les données du « A General Practitioner's guide to eating disorders. »[50]

Cependant, on constate que pour la BN, le taux de repérage est bien en deçà de celui attendu : en Irlande, les MG déclarent suivre en moyenne 0.92 patient atteint de BN [44]. Ces résultats sont similaires à ceux d'une étude antérieure réalisée aux Etats-Unis et qui mettait en évidence le fait que les MG pensaient pour 1/3 d'entre eux ne jamais avoir rencontré de patient BN durant leur carrière et 2/3 déclaraient ne pas en avoir dans leur file active actuelle [42].

En ce qui concerne l'AM, les MG irlandais déclarent suivre 1.34 patients qui en sont atteints. [44]. Les auteurs soulignent que ceci est très inférieur aux données épidémiologiques données dans A General Practitioner's guide to eating disorders.[50] Ils considèrent que l'AM affecte entre 1 et 5 femmes toutes les 100 000, entre 15 et 40 ans. Mais l'étude est peu généralisable devant le très faible taux de réponse (25%) et le faible échantillon de MG ayant répondu (n = 91). D'autant plus qu'on peut faire l'hypothèse que les médecins ayant rempli le questionnaire sont ceux qui sont le plus impliqués dans la prise en charge des TCA.

On peut faire le constat que la BN est nettement moins repérée en soins primaires que l'AM. Ceci est probablement dû au fait que l'IMC est plus faible chez les patients souffrant d'AM et donc cette pathologie est plus aisément repérable à l'examen physique. De plus, la BN est davantage vécue comme « honteuse », les patients ne parleront pas spontanément des symptômes. La déstigmatisation de la BN pourrait être un levier au repérage. Au Royaume-Uni, les auteurs ont décrit le « Diana effect » : peu après les révélations publiques de la princesse Diana sur sa BN, le nombre de cas de BN a augmenté. Ceci est en lien avec le fait que les personnes atteintes de BN ont pu parler de leurs symptômes et rechercher de l'aide. [51]

Une seule étude s'intéresse au repérage de l'HB ; sur 2000 patients, les MG disent suivre en moyenne 0.84 patients qui sont touchés par cette pathologie [44]. On en attendrait plus si l'on se fie aux données épidémiologiques [4].

Enfin, au Royaume-Uni, si l'on considère l'ensemble des TCA, le taux de référencement de la part d'un MG vers un service spécialisé varie de 0 à 4.14 pour 1000 patients âgés de moins de 65 ans [43], ce qui reste encore inférieur aux chiffres attendus. On peut également penser que ce faible taux est en partie lié au fait que parfois les MG reconnaissent un TCA chez un patient mais ne savent pas où l'orienter. 48% d'entre eux disent ne pas se sentir confiants dans l'établissement d'une prise en charge adaptée aux patients porteurs d'un TCA. Aucun d'entre eux n'a connaissance de recommandations nationales sur le sujet. [44]

On peut s'interroger sur les facteurs influençant la meilleure détection des TCA par certains médecins généralistes.

Il est montré que les médecins généralistes qui ont déjà été confrontés à des cas d'AN ou de BN en dehors de leur vie professionnelle diagnostiquent significativement plus de BN que les autres. [42]

Un plus fort taux de référencement est retrouvé dans les cabinets où exercent plusieurs médecins, et d'autant plus lorsqu'une femme exerce dans le cabinet. Au niveau individuel, ce taux est plus important chez les MG femmes, les médecins plus jeunes, les médecins ayant étudié au Royaume-Uni (les médecins non européens étant peut-être moins confrontés aux patients atteints de TCA dans leur pays d'origine), les médecins qui ont la qualification MRCGP -Membership of the Royal College of General Practitioners- (probablement en lien avec le fait qu'ils aient été davantage formés puisque c'est une qualification supplémentaire par rapport au cursus de base), ceux qui forment d'autres médecins, ceux qui proposent des services de contraception, et lorsque les services spécialisés sont géographiquement proches du lieu d'exercice. [43]

Concernant l'intentionnalité de référer un patient souffrant de TCA à un service spécialisé par les médecins généralistes, une étude montre qu'elle est significativement liée à des normes subjectives et à des attitudes cognitives, et non au poids de la patiente par exemple comme on pourrait le penser, ni aux caractéristiques démographiques des médecins. [45]

Trois études évaluant les connaissances des médecins généralistes sur les TCA ont été incluses dans cette revue.

Les connaissances des médecins généralistes concernant les TCA sont variables ; par exemple certaines caractéristiques de l'anorexie mentale nécessaires pour faire le diagnostic

sont largement méconnues. La prévalence de la boulimie est sous-estimée par les médecins généralistes. L'AM est vue comme une maladie chronique à mauvais pronostic. L'attitude face à la maladie et la connaissance des troubles est associée à la proposition d'un rendez-vous de suivi au patient. [46]

Les médecins généralistes ont besoin de plus de formation pour pouvoir diagnostiquer puis gérer les patients anorexiques, en effet on retrouve une anxiété à peser les patients, ils ne savent pas où orienter, comment faire accepter les soins, et se basent surtout sur le poids pour poser le diagnostic. [47]

Les professionnels de santé ne reconnaissent pas toujours la maladie. C'est la conclusion d'une étude parue en 2017 : A Philadelphie, 181 médecins généralistes ont visionné des vignettes cliniques figurant des cas d'anorexie mentale sous forme vidéo et devaient ensuite poser un diagnostic : 40% ont donné la réponse correcte, 20% ont fait plusieurs diagnostics dont l'AM. En revanche, 39% n'ont pas évoqué cette possibilité mais se sont orientés vers une dysthyroïdie, maladie coéliqua, trouble gynécologique... Si l'on s'intéresse à ceux qui ont bien évoqué le diagnostic d'AM, uniquement 39% auraient adressé ces patients à un psychiatre/psychologue. [48]

- ⇒ En conclusion, il est nécessaire d'améliorer la formation des médecins généralistes quant à la reconnaissance des symptômes des TCA, surtout pour la BN.
- ⇒ Il faut améliorer auprès des médecins généralistes l'information sur le parcours de soins des patients atteints de TCA.

- **Les patients présentant des TCA consultent-ils moins que les autres en médecine générale ?**

Tableau 2 - Articles concernant les patients en médecine générale

Année	Référence	Pays	Pathologie	Critères diagnostiques	Age	Population	N résultats	Taux de réponses exploitables	Principaux résultats
1997	Ogg[52]	Royaume-Uni	AM, BN AM et BN atypiques	DSM III R CIM 10	14 à 48 ans	Patients vus en MG -AM -BN -Formes partielles	78 34 19 25	78%	71% des patients TCA consultent plus de 4 fois leur MG dans les 5 ans avant le diagnostic VS 18% du groupe contrôle consulte à cette fréquence
2005	Lask [53]	Royaume-Uni	AM	NP	Moins de 14 ans	Patients vus en MG -AM -Troubles émotionnels non TCA -Groupe contrôle	57 19 19 19	NP	AM consultent significativement + que patients contrôle, et souvent pour des motifs corporels/poids etc.

Ceci expliquerait le faible nombre de patients atteints de TCA repérés en cabinet de médecine générale.

Au contraire, il est démontré dans deux études que les patients souffrant de TCA consultent significativement plus fréquemment leur médecin traitant que les autres patients, au cours des cinq ans qui précèdent le diagnostic chez les adolescents et adultes [52]. Ces résultats se confirment également chez les jeunes de moins de 14 ans qui présentent une AM [53].

Les motifs de consultation principalement retrouvés sont des symptômes gastro-intestinaux (diarrhée, constipation), gynécologiques ou psychologiques. [52]

Chez les patients plus jeunes souffrant d'AM, les questions abordées sont centrées sur le poids, le corps, l'alimentation. Ces préoccupations ne sont pas retrouvées en général chez les autres patients. [53]

Plusieurs hypothèses peuvent de ce fait être discutées :

- soit les patients se présentent pour des symptômes faisant partie ou résultant de leur TCA mais le diagnostic n'a pas été fait,

- soit ils présentent des symptômes qui ne sont pas en lien avec le TCA ;
- soit celui-ci s'est développé plus tard.

Cependant, dans les causes de plaintes gynécologiques on retrouve souvent citée l'aménorrhée, qui est un des symptômes fréquents et plutôt tardif de l'AM, et peut également se retrouver dans les cas de BN.

- **Repérage en population scolaire**

Tableau 3 - Articles concernant la population scolaire

Année	Référence	Pays	Pathologie	Critères diagnostiques	Age	Population	N résultats	Taux de réponses exploitables	Principaux résultats
1984	Mallick[54]	USA	AM et BN	NP	NP	Personnel scolaire	NP	NP	Article d'information sur les TCA destiné au personnel scolaire
1990	Price[55]	USA	AM et BN	NP	45,2 en moyenne	Conseillers d'orientation scolaires	337	67%	40% se sentent incompetents pour aider les étudiants avec TCA 72% disent avoir été confrontés à AM ou BN
1997	Mann[56]	USA	Symptômes alimentaires	EDE Q MSEI Self esteem survey	17 à 20 ans	Elèves	NP	NP	Pas d'effet positif de l'intervention
1998	Chally [57]	USA	TCA (AM, BN et HB)	NP	NP	Personnel scolaire -Formé -Non formé	93 61 32	72%	Meilleure connaissance des TCA et amélioration du repérage quand on forme aux TCA
2004	D'Souza[58]	USA	TCA (AM, BN)	EAT-26 ≥ 20 + évaluation personnel scolaire	14 à 19 ans	Elèves -Filles -Garçons	1027 592 435	77 %	1/4 des filles et 1/5 des garçons ont parlé de leur résultat EAT-26 à au moins 1 adulte
2004	Becker[59]	USA	TCA (non précisés, « symptôme	NP	11 à 70 ans	Elèves	289	41%	15% ont pris rdv pour

			s cliniques significatifs)						évaluer/traiter un TCA
2011	Harsh barger [60]	USA	AM et BN	NP	20 à 67 ans	Conseillers d'orientation scolaire	109	75,2%	51,5% se sentent incompetents pour identifier un TCA 55% sentent que les TCA sont un problème à l'école 77% de réponses correctes sur des questionnaires de connaissances sur AM et BN

Deux études présentent des programmes de formation aux TCA destinés au personnel scolaire. ([54], [57]). La première propose un document questions/réponses distribué à l'école. La seconde explicite un programme de formation d'une heure par un formateur qui revient sur les définitions, les signes, les symptômes utiles à l'identification, les causes, les effets, les traitements... On leur a par la suite demandé d'identifier les élèves qu'ils pensaient être à risque de TCA. La différence entre ceux qui ont été formés (n=85) et le groupe contrôle (n=32) est significative quant à l'identification des TCA.

Deux études évaluent les connaissances des conseillers d'orientation scolaire et leur capacité et degré d'implication dans l'identification des élèves présentant un AM ou une BN.[55], [60] Ces deux études ont évalué les connaissances via le même questionnaire : en vingt ans, les résultats se sont améliorés pour la majorité des items. Le taux de conseillers se sentant compétent à identifier et aider un élève présentant un TCA n'a malheureusement pas évolué...Pourtant plus de la moitié des personnes interrogées pensent que leur établissement serait réceptif à un programme de prévention sur les TCA.[60]

⇒ Il serait donc judicieux que l'éducation du personnel scolaire à la reconnaissance des TCA s'améliore.

De nombreux programmes de prévention ont été mis en place dans les écoles américaines mais peu ont été évalués.

Parmi ceux-ci, on peut citer le **NEDSP (National Eating Disorder Screening Program)**. (Jacobs D. Results of 1998 National Eating Disorders Screening Project. Unpublished data, 1999). Il a été mis en place initialement dans 409 universités américaines en 1996. Les élèves passaient tous un questionnaire EAT-26. 9069 étudiants ont participé. Parmi ceux-ci, 5787 ont rencontré un conseiller pour regarder les résultats et avoir un avis sur la nécessité de plus d'exploration ou non. Ils étaient formés au préalable par diaporama et vidéos. Ils recevaient également un manuel détaillé qui prodiguait des instructions sur le repérage de potentiels TCA.[61]

- Etude de Becker : Ce programme NEDSP a été évalué à posteriori par des entretiens téléphoniques avec les participants. Deux ans après le NEDSP, 289 étudiants choisis au hasard ont été interrogés sur les 344 qui ont été contactés. Sur ceux à qui l'on avait conseillé d'aller voir un médecin pour une évaluation plus spécifique (n=109), la moitié ont suivi la recommandation et ont pris un 1^{er} rendez-vous. 40% d'entre eux ont indiqué chercher une prise en charge depuis le NEDSP. Ils concluent donc que les programmes de dépistage scolaire et d'éducation sont de bons outils de prévention secondaire pour identifier et encourager le traitement pour ceux qui présentent des symptômes cliniques. [59])

Devant le succès de l'implantation du NEDSP dans les universités, l'expérience a été reproduite dans 152 lycées de 34 états américains au début des années 2000. [62]

- Etude de D'Souza : l'évaluation de ce programme de dépistage a été entreprise via un nouveau questionnaire dans les lycées. Les questionnaires de 1027 étudiants ont été pris en compte (59% de filles, moyenne d'âge 16 ans). 566 d'entre eux se rappelaient de leur score d'EAT-26. Il était supérieur ou égal à 20 pour 22% des filles et 2% des garçons. 49% des filles et 37% des garçons ont fait part de leur résultat à un membre de leur entourage. Uniquement 1 fille et 5 garçons ont rapporté avoir été évalué par un professionnel de santé depuis qu'ils ont leur score. Un des facteurs ayant pu jouer est que ce dépistage était anonyme. Environ 75% des élèves interrogés recommandent ce programme de dépistage à d'autres écoles. Les membres de

l'équipe pédagogique qui ont été interrogés pensent également que ces tests ont de l'importance, et ils se déclarent prêts à s'impliquer de nouveau dans le futur. [58]

- Le fait de coupler une formation du personnel avec un dépistage des élèves par simple questionnaire dans les lycées et universités paraît être un bon moyen d'encouragement à consulter un spécialiste.
- Dans tous les cas, ces programmes de formation et/ou dépistage sont bien reçus par les professeurs et par élèves et sont jugés utiles.

Cependant, une étude réalisée en 1997 aux Etats-Unis également pour évaluer un programme de prévention primo-secondaire ne montre pas une efficacité similaire : seules 3 patientes « haut risque » ont cherché de l'aide. En proportion, elles n'ont pas participé plus que les autres à ce programme de prévention, et pour celles qui ont abandonné, elles ont donné les mêmes raisons que ceux qui n'avaient pas de symptômes [56]

Il est important dans les études de bien différencier les deux types de prévention car elles n'ont pas du tout les mêmes objectifs.

- Population de sportifs

Tableau 4 - Articles concernant les professionnels du domaine sportif

Année	Référence	Pays	Pathologie	Critères diagnostiques	Age	Population	N résultats	Taux de réponses exploitables	Principaux résultats
2004	Vaughan[63]	USA	TCA (AM, BN et TCA NS)	APA	NA	Athletic trainers	171	77%	¼ pensent pouvoir identifier un TCA
2005	Sherman[64]	USA	TCA et symptômes alimentaires	NP	NA	Coachs sportifs	2894	31,8%	35,3% ont déjà référé une athlète en aménorrhée à un médecin

			(Disordre d eating)						
2008	Manley[65]	Canada	AM	NP	NA	Instructeurs de fitness	62	3%	Sur un cas clinique 32% reconnaissent une AM vs 88% des pédiatres
						Pédiatres	56	37%	
2008	Bonci[66]	USA	Symptômes alimentaires	Au moins 3 critères du DSM-IV dans AM, BN ou TCA-NS	NA	Athletic trainers et autres intervenants de la santé des athlètes	NA	NA	Recommandations pour prodiguer des connaissances spécifiques sur les TCA et enseigner des compétences en prévention, détection et aide pour les athlètes concernés
2015	Bratland [67]	Norvège	Symptômes alimentaires (Disordre d eating)	NP	NA	Professeurs de fitness	837	57%	89% disent avoir des connaissances mais 47% pensent savoir que faire si la situation se présente
2015	Wojtowicz[68]	Canada	AM	NP	NA	Professionnels de fitness (professions variées)	143	Inférieur à 31%	62% disent avoir rencontré au moins 1 cas d'AM 59% d'entre eux ont réagi 76% pensent qu'ils doivent faire quelque chose pour une question éthique 25,7% ont déjà reçu des instructions sur que faire dans ces situations

Différents intervenants parmi les professionnels de métiers du sport ont été interrogés sur le sujet du repérage des TCA. Ils sont en effet à une place privilégiée pour faire de la prévention secondaire puisque la prévalence des TCA est plus élevée en population de sportifs qu'en population générale [69].

Une grande partie d'entre eux se sent impliquée dans ce repérage :

- les "athletic trainers" (professionnel de santé spécialisé auprès des sportifs, pas d'équivalent en France) [63] parmi lesquels plus de 80% pensent que c'est leur rôle d'identifier les sportifs symptomatiques ;

- Les coachs sportifs de la National Collegiate Athletic Association (NCAA) une association sportive américaine organisant les programmes sportifs de nombreuses grandes écoles et universités aux États-Unis, sont sensibles également à cette problématique et sont en moyenne informés de la gravité des TCA. Ce sont significativement davantage les coachs de sexe féminin que ceux de sexe masculin qui se préoccupent de ces questions auprès des athlètes. Ils sont demandeurs pour plus de la moitié d'entre eux de davantage de formation sur ces pathologies et surtout sur la démarche à suivre une fois que les symptômes suspects ont été détectés [64].
- Les professeurs de fitness se sentent également concernés puisque devant un cas clinique de jeune fille présentant une AM, plus de la moitié d'entre eux s'interrogent sur l'aspect éthique de la recevoir dans leur club. Ils sont tous demandeurs de guidelines sur le sujet [65]. De même, trois quarts des professionnels de fitness sur l'échantillon recueilli par une étude canadienne se déclarent être éthiquement dans le devoir d'intervenir s'ils se retrouvent confrontés à un cas d'AM parmi les sportifs avec lesquels ils travaillent. [68]

En ce qui concerne leur aptitude effective à suspecter un TCA chez les sportifs : un tiers des coachs ont indiqué avoir référé une athlète en aménorrhée à un médecin. Ils ont en moyenne identifié 2,89 athlètes symptomatiques durant leur carrière [64]. Chez les athletic trainers, un quart seulement se sentent confiants dans leur capacité à identifier un TCA chez une de leurs athlètes.[63]

Il existe de nombreuses lacunes chez ces différents intervenants :

- Ainsi 37% des coachs sportifs de la NCAA estiment qu'une aménorrhée chez l'athlète est normale. Leurs compétences en identification des cas de TCA n'est pas optimale puisque plus d'un quart d'entre eux rapportent avoir eu connaissance d'un TCA à posteriori chez un athlète avec qui ils avaient préparé des compétitions. Une fois les cas identifiés, les coachs se reposent surtout sur les ressources du département athlétique et adressent peu les sportifs aux MG ou spécialistes. [64]

- De même, 53% des professeurs de sport de club de fitness estiment devant une présentation clinique d'un cas typique d'AM que celle-ci fait seulement trop d'exercice, et n'évoquent pas la possibilité d'un TCA, alors même que deux tiers des professeurs de sport interrogés affirment avoir déjà rencontré des membres du club dans une situation identique au cas présenté... De plus le très faible taux de réponse (3%) peut laisser suspecter que les chiffres réels sont moins bons puisqu'on peut faire l'hypothèse que ceux qui ont répondu sont les plus sensibilisés à la problématique des TCA [65].
- Parmi les professeurs de clubs de fitness norvégiens, 29% ont des connaissances correctes sur les signes et symptômes des TCA. Le niveau d'études était le seul facteur qui influençait significativement sur les connaissances en matière de TCA. [67]

Enfin, devant des cas de TCA suspectés : Un tiers des instructeurs de fitness se verrait parler avec une jeune fille souffrant d'AM de ses inquiétudes concernant son état de santé [65]. Ce chiffre descend à 8% chez les instructeurs norvégiens confrontés à des membres chez qui ils suspecteraient un TCA. [67]

Au Canada, les professionnels de fitness paraissent plus enclins à intervenir puisque 59% de ceux qui ont suspecté un cas d'AM disent avoir fait quelque chose. Ces chiffres importants pourraient être expliqués par le fait que le questionnaire sur lequel se base l'étude est rempli sur la base du volontariat sur internet. Cependant, moins de la moitié pensent que leur intervention a pu avoir une certaine efficacité. Un tiers de ces professionnels ne se sentait pas préparé adéquatement pour gérer ce genre de situation. [68]

- ⇒ La plupart des professionnels dans le domaine du sport rencontrent des sportifs ayant un TCA mais ne savent pas toujours les reconnaître.
- ⇒ Ils ne se sentent pas préparés à comment agir devant un cas de TCA et sont demandeurs de davantage d'information sur le sujet.
- ⇒ Ils se sentent impliqués dans ce repérage.

Ainsi, en 2008, le NATA (National Athletic Trainer's Association) a édité un guide de recommandation destiné aux athletic trainers ainsi qu'aux autres professionnels pouvant être impliqués dans la santé des sportifs. Le but est d'améliorer les connaissances sur les TCA, faire connaître certains questionnaires de dépistage, donner les outils pour repérer les symptômes alimentaires et une démarche à suivre devant une suspicion de TCA est explicitée.[66] Il serait utile d'évaluer l'effet de ces recommandations sur le repérage des TCA par les athletic trainers.

- **En cabinet dentaire**

Tableau 5 - Articles concernant les professionnels en soins dentaires

Année	Référence	Pays	Pathologie	Critères diagnostiques	Age	Population	N résultats	Taux de réponses exploitables	Principaux résultats
2005	Debate[70]	USA	AM et BN	NP	NA	Dentistes Dental hygienists	207 369	33,4%	16% des dentistes et 28% des dental hygienists ont de bonnes connaissances sur les symptômes dentaires et physiques de TCA
2006	Debate[71]	USA	TCA (BN et AM)	NP	NA	Dental hygienists	378	45%	Moins d'1/5 réfèrent les patients suspects de TCA vers un traitement spécifique
2013	Debate[72]	Royaume-Uni	Symptômes alimentaires	NP	NA	-Dentistes Groupe contrôle -Dental hygienists Groupe contrôle	193 154 93 61	41%	Programme e-learning améliore significativement les connaissances (p = 0,001) et la confiance en soi dans la PEC des TCA (p = 0,002)

2015	Johansson[73]	Norvège	TCA	NP	NA	Dentistes	172 6	40%	54% d'entre eux ont suspecté au moins un TCA sur la dernière année mais n'en ont pas parlé pour plus de la moitié d'entre eux
------	---------------	---------	-----	----	----	-----------	----------	-----	---

Les dentistes et professions associées jouent un rôle important dans la prévention secondaire des TCA puisqu'ils sont parfois les premiers à observer certaines complications, notamment de la BN. Ils ont donc une fonction cruciale dans l'identification et le référencement de ces patients.

Cependant, en ce qui concerne les signes dentaires devant lesquels un TCA est à évoquer, les connaissances des dentistes et des « dental hygienists » (profession qui n'existe pas en France, ce sont des personnes pratiquant certains soins dentaires) aux Etats-Unis sont dans l'ensemble plutôt moyennes ; respectivement, 16 et 28% d'entre eux obtiennent 7/9 ou plus à un questionnaire sur ce sujet. [70]

⇒ Il paraît important d'améliorer la formation des professionnels en santé dentaire sur les TCA.

Moins de la moitié des dental hygienists évaluent réellement les manifestations orales des TCA, et moins d'1/5 d'entre eux réfèrent les patients présentant un TCA pour un traitement spécifique. Moins de 10% disent communiquer avec le MT de ces patients. [71] En ce qui concerne les dentistes, la situation est semblable : ceux qui recommandent aux patients d'autres soins pour leur TCA sont largement minoritaires (moins de 20%). D'autre part lorsque les dentistes suspectent un TCA chez un de leur patient, dans plus de la moitié des cas, ils n'en parlent ni au patient ni à sa famille. Pourtant, ceux qui font part de leur suspicion ont une confirmation de leur hypothèse dans plus de 50% des cas... [73]

⇒ Il est nécessaire d'améliorer l'information sur l'existence de réseaux de soins, de communiquer des adresses et de diffuser le numéro de téléphone « anorexie boulimie info écoute ».

Il est intéressant de noter que les dental hygienists qui présentent une plus grande perception de la gravité de la BN sont presque 2 fois plus enclins à évaluer les manifestations

orales des TCA. Une meilleure formation de ces professionnels sur les TCA et leurs risques pourrait donc peut-être permettre d'améliorer le repérage précoce [71]. En effet, les dentistes norvégiens identifient les médias comme leur première source d'information sur les TCA suivie par la faculté de dentaire et citent en 3ème position seulement les cours spécifiques au sujet ; de plus, environ la moitié d'entre eux estime ne pas avoir reçu d'information adéquate sur comment prendre en charge un TCA [73]. Une intervention en ce sens a été réalisée au Royaume-Uni. Le but était d'évaluer un programme d'e-learning à destination des dentistes et dental hygienists pour améliorer la prévention secondaire des TCA via l'apport de connaissances sur le sujet. Les chercheurs concluent à une amélioration significative des connaissances générales, des connaissances sur les pratiques à avoir, des croyances sur le rôle spécifique de leur profession, de la menace perçue sur la santé des patients touchés, de la balance bénéfiques/risques, et de la confiance en soi dans ce domaine [72].

- ⇒ Une meilleure sensibilisation à la gravité des TCA permettrait d'améliorer le repérage.
- ⇒ Les programmes de e-learning paraissent être une méthode efficace de formation.

- **Repérage par les gynécologues :**

Tableau 6 – Articles concernant les gynécologues

Année	Référence	Pays	Pathologie	Critères diagnostiques	Age	Population	N résultats	Taux de réponses exploitables	Principaux résultats
1999	Morgan[74]	Royaume-Uni	AM et BN	DSM IV	NP	Gynécologues et obstétriciennes exerçant en CHU depuis plus d'un an, en Australie ou au Royaume-Uni	115	86%	20% sont confiants dans leur capacité à diagnostiquer un TCA 23% ne recherchent jamais ou rarement un TCA lors des consultations d'infertilité 42% surestiment la perte de poids nécessaire au diagnostic d'AM 25% pensent que la BN ne se traite pas

2010	Micha la[75]	Grèce	AM	DSM IV	NP	Gynécolog ues : En CHU En clinique privée Stagiaires	94 : 20 40 34	78%	4% pèsent systématiquement les patientes avec aménorrhée secondaire, 16% ne le font jamais 67% souhaiteraient avoir plus de connaissances sur l'AM
------	-----------------	-------	----	--------	----	---	------------------------	-----	---

L'aménorrhée peut précéder la perte de poids dans l'AM. La BN peut également entraîner des irrégularités menstruelles, malgré la normalité du poids. Les TCA entraînent également un risque d'infertilité. Les consultations de gynécologie sont donc un lieu privilégié de repérage des TCA.

Les connaissances des gynécologues sont assez hétérogènes. Deux tiers d'entre eux sont demandeurs de formation sur le sujet.[75]

Dans l'ensemble ils paraissent plutôt renseignés sur la psychopathologie de l'AM, moins pour la BN. Seulement 1/5 d'entre eux estiment pouvoir diagnostiquer un TCA de manière confiante.

Concernant l'oligoménorrhée ou l'aménorrhée, 95% des gynécologues recherchent un TCA associé. Mais plus d'un tiers d'entre eux n'évaluent pas l'alimentation des patientes qui ont un SOPK (syndrome des ovaires polykystiques) [74] alors qu'elles seraient plus à risque de présenter une BN.[76]

La plupart des résultats collectés dans ces deux études proviennent de praticiens exerçant en CHU, ce qui n'est pas représentatif de l'exercice global de la spécialité. Il est probable que ceux-ci soient mieux informés sur les TCA par rapport à ceux qui exercent en libéral.

- **En population générale :**

Tableau 7 - Articles concernant la population générale

Année	Référence	Pays	Pathologie	Critères diagnostiques	Age	Population	N résultats	Taux de réponses exploitables	Principaux résultats
2018	Gumz [77]	Allemagne	AM	DSM IV	10 à 60 ans	Patientes -AM -Groupe contrôle	77 59 18	60.8% groupe contrôle 50% groupe post-intervention	Durée d'AM non traitée = 36.5 mois avant campagne de santé publique Durée AM non traitée = 40.1 mois après campagne Pas d'effet de la campagne

Un seul article concernant la prévention secondaire des TCA s'adresse à la population générale. En Allemagne, à Hambourg entre 2011 et 2014, une étude a été menée pour déterminer l'effet d'une campagne de santé publique appelée « psychenet healthcare network campaign » sur la durée entre l'apparition des symptômes d'AN, le premier contact avec un système de soins, et l'initiation d'un traitement spécifique. Le programme de santé publique comprenait des courts-métrages projetés au cinéma, des posters en lien avec ceux-ci ; des informations sur internet sur l'AN, la BN et l'HB, leur traitement, et une liste de contacts en ambulatoire et en hospitalier ; une prévention dans les écoles. Deux échantillons de patientes ont été recrutés : un groupe constitué avant l'existence de ce programme et un groupe après. Les résultats ne montrent pas de différence significative sur la durée de maladie non traitée. Elle est en moyenne de 3 ans dans les deux cas. Quant au délai de prise de contact avec un médecin, il est d'environ 2 ans après le début des troubles dans les deux situations. Au final, cette campagne de santé publique n'a donc pas permis de réduire la durée entre l'apparition des symptômes et la consultation spécialisée/début de prise en charge. Ces résultats peuvent s'expliquer soit par un faible échantillon de patients (59 dans le premier groupe, 18 dans le deuxième), soit par une réelle inefficacité, soit par le fait que la

population ciblée n'ait pas été atteinte, ou alors le délai entre le début de la campagne et l'étude est peut-être trop court pour entrevoir un changement. [77]

- **Repérage des TCA en psychiatrie**

Tableau 8 - Articles concernant les psychiatres

Année	Référence	Pays	Pathologie	Critères diagnostiques	Age	Population	N résultats	Taux de réponses exploitables	Principaux résultats
2013	Jones[78]	Royaume-Uni	AM et BN	DSM IV	NP	Psychiatres	126	38,3%	Test de connaissances sur les TCA : moyenne des résultats 15.8/26 (scores vont de 4 à 25) Seulement 42.1% reconnaissent l'aménorrhée comme critère de TCA 34.7% pensent que les ISRS sont recommandés pour les TCA

Une étude parue en 2013 évalue les connaissances des psychiatres sur les TCA au Royaume-Uni (AM et BN). Le taux de réponse n'est que de 38,3%. On retrouve des lacunes chez un certain nombre d'entre eux : par exemple ils obtiennent en moyenne 15,8/26 au questionnaire de connaissances proposé, moins de la moitié lient aménorrhée et AM, 34,7% pensent que les ISRS sont recommandés dans le traitement de l'AM, et uniquement 14,9% se sentent capables de prendre en charge un patient présentant un TCA ; concernant la boulimie, 52,1% identifient la dysmorphophobie comme symptôme de la maladie.[78]

⇒ Il paraît donc nécessaire d'améliorer la formation des psychiatres pour qu'ils repèrent les TCA.

- Repérage des TCA par les gastro-entérologues

Tableau 9 - Articles concernant les gastro-entérologues

Année	Référence	Pays	Pathologie	Critères diagnostiques	Age	Population	N résultats	Taux de réponses exploitables	Principaux résultats
2017	Riaz [79]	Royaume-Uni	AM et BN	Littérature académique et DSM IV	NP	Gastro-entérologues	77	2,5%	Test de connaissances sur les TCA : moyenne des résultats 11,8/21 43,6% se sentent assez confiants pour établir un diagnostic de TCA

Les symptômes gastro-intestinaux sont fréquents chez les patients présentant un TCA : distension abdominale, reflux gastro-œsophagien, constipation, douleurs abdominales... [80]
Les gastro-entérologues peuvent donc être l'un des premiers intervenants à rencontrer les patients touchés.

Cependant, les connaissances des gastro-entérologues anglais sur l'AM et la BN comportent certaines lacunes. Bien que la peur de prendre du poids soit assez largement connue comme critère d'AM, d'autres critères sont davantage méconnus : un tiers d'entre eux pense que l'AM doit être évoquée uniquement si l'IMC est inférieur à 16 kg/m². De même, l'aménorrhée n'est reconnue comme critère seulement par un tiers des participants. La moitié seulement est au courant que la BN est plus fréquente que l'AM. Les complications sont mieux maîtrisées. La majorité d'entre eux se dit insatisfaite de la formation reçue durant leur carrière à ce sujet.[79]

⇒ Ces résultats mettent en avant la nécessité d'améliorer les connaissances des gastro-entérologues pour un meilleur repérage des TCA ainsi qu'une prise en charge plus adaptée.

c) Discussion

Les études réalisées dans le domaine du repérage des TCA traitent surtout de l'AM et de la BN. Il paraît nécessaire que de futures études prennent également en compte l'existence de l'HB. Aucune étude française sur ce sujet n'a été retrouvée. Cependant, ce domaine va probablement se développer largement dans les années à venir, dans la mesure où le ministère de la santé préconise de promouvoir « le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance et les troubles psychiques et prévenir le suicide » en développant la recherche en psychiatrie.[81]

On constate que les MG n'invoquent que très rarement le diagnostic de TCA au sein de leur patientèle par rapport à ce qu'on attendrait d'après l'épidémiologie. Les patients souffrant de TCA consultent significativement plus fréquemment leur médecin traitant que les autres patients, au cours des cinq ans qui précèdent le diagnostic de TCA. Ceci peut être lié soit au non diagnostic du TCA par manque de connaissance des troubles et/ou par « omission » du patient et/ou crainte de ne savoir où orienter le patient. Il est donc nécessaire d'améliorer la formation des médecins généralistes quant à la reconnaissance des symptômes des TCA, la nécessité d'investiguer cette question en particulier chez les jeunes, ainsi que l'information sur le parcours de soins des patients atteints de TCA.

Une meilleure information sur les symptômes et la gravité des TCA permettrait d'améliorer le repérage par les dentistes. Les programmes de e-learning paraissent être une méthode efficace de formation dans cette population.

Les gynécologues, les psychiatres et les gastro-entérologues présentent des connaissances hétérogènes sur les TCA et pourraient aussi bénéficier d'une amélioration de leur formation initiale et continue.

En ce qui concerne les professionnels de l'éducation et du domaine sportif, il paraît également nécessaire de mettre en place des formations à la reconnaissance des symptômes et à leur orientation. La membres du personnel se sentent en majorité impliqués dans ce repérage et sont demandeurs de formation.

III) Quels sont les intérêts et inconvénients à dépister/repérer précocement ?

1) Intérêts

Les recommandations en France de la HAS [27] et au Royaume-Uni du NICE[28], mettent l'accent sur l'importance d'un **repérage précoce** des TCA.

- **Intérêt du repérage précoce sur le pronostic et en termes de morbi-mortalité**

Il a été montré que plus la durée d'évolution de l'anorexie mentale sans traitement est importante, moins le traitement est efficace. [30]

En effet, une étude suédoise publiée en 2006 montre une diminution de la mortalité des patientes hospitalisées pour AM entre 1987 et 1991 en comparaison avec 1977 à 1981. Le taux de mortalité passe de 4,4 à 1,2%. Les auteurs soutiennent l'idée que l'amélioration de la prise en charge spécialisée des patientes souffrant d'anorexie mentale en a permis l'amélioration du pronostic et donc une diminution de la morbi-mortalité. Ils font l'hypothèse que cette amélioration du pronostic pourrait être due à un repérage et un début des soins plus précoce ; l'information sur cette pathologie étant de plus en plus importante, les hospitalisations se font de ce fait, plus précocement [14].

Une étude menée aux Pays-Bas auprès des médecins généralistes, montre qu'un patient âgé de 19 ans ou moins au moment de la détection du TCA par le médecin généraliste, a 4 fois plus de chances de guérir d'une anorexie mentale, et 8 fois plus de chance de guérir d'une boulimie, par rapport à une détection après 20 ans. Ceci confirme l'hypothèse d'amélioration du pronostic des TCA par une détection chez les jeunes gens, probablement du fait d'une durée d'évolution moindre. [29]

Le risque de TS augmente avec la durée de maladie surtout du fait de l'isolement social qui s'aggrave au fil du temps. [82]

Plus la durée de maladie est longue, plus le taux de mortalité augmente. [83]

Ainsi, quand l'anorexie mentale est prise en charge plus de trois ans après le début des symptômes, le traitement est moins efficace. [31]

Un repérage précoce pourrait permettre de réduire la durée de maladie non traitée c'est-à-dire le délai entre l'apparition des symptômes et le début d'une prise en charge adaptée. A ce jour, peu d'études estiment ce délai. En population clinique, il est en moyenne de 25,14 mois pour l'AM, c'est-à-dire supérieur à deux ans et plus les patients sont jeunes, plus le délai est long : ainsi les patients de moins de 14 ans ont une durée moyenne de maladie non traitée de 38,35 mois.[84]

- **Intérêt neurocognitif**

Le jeûne et les anomalies de régime alimentaire pourraient avoir un impact sur la plasticité cérébrale, sa structure et son fonctionnement. Les acides aminés essentiels, les vitamines B ainsi que les acides gras sont vitaux pour le fonctionnement cérébral et la synthèse des neurotransmetteurs tels que la dopamine et la sérotonine. De faibles apports d'Omega 3 et d'Omega 6 chez des patients présentant des symptômes de TCA sont associés au développement de symptômes dépressifs. [85]

On peut ainsi faire l'hypothèse que les facteurs nutritionnels secondaires ont un impact sur les comorbidités qui elles-mêmes ont à leur tour un rôle dans l'entretien du TCA et de ce fait sur le risque de progression neurologique. [86]

Des associations ont été retrouvées entre la durée de l'AM et les fonctions cognitives : il y aurait un risque d'atrophie de matière grise dans le cervelet et le mésencéphale [87] et un risque que les performances cognitives s'amointrissent. [88]

Des corrélations ont été mises en évidence entre durée de l'AM et le fonctionnement social et émotionnel. Un défaut d'expression faciale positive face à de la comédie est relevé par exemple [89].

La plupart des éléments neurocognitifs associés à des anomalies du fonctionnement social deviennent plus sévères avec la durée de l'AM. [90]

- **Intérêt social**

Une durée longue des TCA de type AM épuise les ressources familiales et amicales et mène progressivement à une déficience du réseau social. Un retrait social peut également se retrouver dans la BN et l'HB, en lien avec le sentiment de honte émanant des conduites d'hyperphagie et de purge ainsi que les représentations négatives de l'obésité. [91][92]

- **Intérêt économique**

Les TCA entraînent différents types de coûts.[93]

- Coûts liés au système de santé : hospitalisations, traitements, consultations, examens complémentaires. En Australie en 2008-2009, le coût des TCA s'élève à 80.6 millions de dollars australiens (52.5 millions d'euros).
- Coûts en termes de productivité : moins d'efficacité au travail, absentéisme
- Autres types de coûts : aides, équipements, funérailles...
- Coût des transferts

Au total en 2012, les coûts totaux engendrés par les TCA sont de 34 milliards d'euros en Australie. En comparaison, dans le même pays, l'anxiété et la dépression représentent 26.8 milliards, l'obésité 34.4 milliards, et les conséquences de la cigarette s'élèvent à 183 milliards d'euros.

Une prise en charge précoce permettrait une plus grande efficacité du traitement des TCA, ce qui pourrait réduire le nombre et la durée des hospitalisations ainsi que la productivité au travail. Une diminution des dépenses de santé et de la société dans ce domaine pourrait donc en résulter.

2) Inconvénients

- **Risque de surdépistage**

Si l'on se base sur un repérage de signes peu spécifiques (ex : IMC isolé, régime alimentaire sélectif) il y a un risque élevé de faux positifs et donc de surdépistage de conduites non pathologiques.

Il peut être difficile de déterminer les cas pathologiques par rapport à la norme du fait des changements culturels.

Avec les outils proposés actuellement tels que les questionnaires de dépistage comme le SCOFF, il existe un risque non négligeable de FP. En effet, sur une population de patients de médecine générale, la spécificité n'est que de 84%[94].

Outre le fait qu'il ne permet pas un diagnostic certain de TCA, il ne permet pas non plus de faire le diagnostic des différentes formes de TCA. Le NICE recommande de « ne pas utiliser les outils de dépistage tels que le SCOFF comme unique méthode pour déterminer si les patients ont un TCA. » ; « Il serait mieux que les cliniciens utilisent leur jugement plutôt qu'un des outils présentés dans cette revue ». [28]

Si on envisage un dépistage systématique par le SCOFF Le médecin généraliste doit-il donc adresser à un confrère spécialiste et écrire des courriers pour chaque cas potentiel ou comment fait-il un diagnostic de certitude s'il n'a pas été formé ? Cela risque d'être chronophage, et entraîne un risque de surcoût si tous les faux positifs voient le spécialiste. Et les vrais cas risquent eux de ne pas y aller.

- **Risque de stigmatisation**

Sur des signes avant-coureurs peu spécifiques ou trop imprécis (ex : IMC isolé, régime alimentaire sélectif) il y a un risque de stigmatisation de conduites non pathologiques (ex : la minceur, l'orthorexie).

- **Risques de l'étiquetage**

L'étiquetage des pathologies psychiatriques peut avoir des effets négatifs : diminution de l'estime de soi, peur du rejet...[95]. C'est ce qu'on appelle le « labelling effect », décrit initialement par Goffman.[96] Il existe également le risque que cet étiquetage amène à une

recherche de « communauté anorexique ou boulimique » qu'on retrouve sur les sites pro-ana et pro-mia, ce qui peut renforcer les troubles.

3) Barrières au repérage

Il existe différents types de freins au repérage des TCA :

- Les professionnels de santé en soins primaires ou soins spécialisés qui ne reconnaissent pas la maladie. Trois quarts des médecins généralistes en Grande-Bretagne ont lu les recommandations du NICE concernant la dépression [97], ce taux descend à 4% pour celles concernant la prise en charge des TCA.[98]
- Ceux qui pensent que c'est une pathologie somatique surtout dans le cas de l'AM.
- Ceux qui ne traitent que la part psychiatrique : ils vont parfois traiter un autre aspect (par exemple le trouble de personnalité, les addictions, le trouble bipolaire...) et passer à côté du TCA.
- Le déni des patients. [99] Les patients peuvent également se montrer réticents au remplissage de questionnaires : Une étude a en effet montré que moins de la moitié des femmes à qui cela a été proposé dans un cabinet de MG en Angleterre ont refusé de participer...[100]
- Le risque de stigmatisation.
- Les longs délais d'accès aux centres spécialisés TCA [101]. Un sondage réalisé au Royaume-Uni montre que sur une cohorte de 500 patients, 26% ont attendu 6 mois ou plus pour une prise en charge, 8% plus d'un an. [102]
- Les médecins généralistes ne connaissent pas toujours la conduite à tenir après avoir repéré un probable TCA, où adresser, manque de temps... que faire si un SCOFF est positif... ils se retrouvent face à beaucoup de flou. Est-ce pathologique ou non ? De nombreux de FP sont détectés par les questionnaires existants.

Conclusion :

Au total, au regard de la balance bénéfique/risque, les éléments penchent plutôt en faveur du repérage précoce. C'est également la conclusion émise par la HAS : « Le repérage et la prise

en charge précoces de l'anorexie mentale sont recommandés pour prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales, en particulier chez les adolescentes. Ils permettent une information sur l'anorexie mentale et ses conséquences et facilitent l'instauration d'une véritable alliance thérapeutique avec le patient et ses proches ». [27]

De surcroît le repérage de symptômes liés à l'alimentation peut également servir au repérage d'autres troubles psychiatriques ; par exemple une anorexie au sens de la perte d'appétit peut se retrouver dans le cadre d'un épisode dépressif majeur, des vomissements peuvent être en lien avec un trouble anxieux...

IV) Quelles expériences de repérage précoce existent en santé mentale ?

La question du repérage précoce est abordée dans la littérature internationale dans le cadre de la dépression, des troubles psychotiques ou encore pour les idées suicidaires.

Cette problématique a été largement étudiée notamment pour les troubles schizophréniques, thème sur lequel nous allons plus particulièrement nous centrer.

Ce chapitre va traiter :

- Des similitudes et différences entre TCA et troubles schizophréniques en ce qui concerne la prévalence et les complications de ces deux entités.
- De ce qui existe en repérage précoce en santé mentale.

1) TCA et troubles schizophréniques : comparaison de la prévalence et de la gravité

a) Les TCA

La prévalence de l'anorexie mentale dans les populations de jeunes femmes varie de 0.9 à 1.5%, et est de 0,6% toutes populations confondues.[4]

Ce chiffre augmente à 1% pour la boulimie ; les chiffres les plus élevés étant retrouvés dans un échantillon de patients dont l'âge se situe entre 15 et 18 ans.

Concernant l'HB, la prévalence aux Etats-Unis est de 2,6% chez les femmes de 18-40 ans. [7]

Ces chiffres sont probablement sous-estimés ; en effet beaucoup de formes subcliniques existent. [103]

En ce qui concerne l'âge d'apparition des troubles, il est en moyenne de 15-19 ans pour l'AM [104] et de 15-24 ans pour la BN [105].

Les troubles de l'alimentation de l'adolescent entraînent des complications somatiques à l'âge adulte. [23]

Les TCA chez l'adolescent sont également un facteur de risque de comorbidités psychiatriques à l'âge adulte telles que la dépression (tous types de TCA) ou la consommation de toxiques (sauf pour l'AN). [22]

Le RSM (ratio standardisé de mortalité) de l'AM est de 5,86 selon une méta-analyse récente : c'est-à-dire que le nombre de décès dans la population AM est de 586% par rapport à celui qui serait attendu hors pathologie. [6] Parmi les causes de décès on retrouve en majorité les complications de l'AM (54%), puis le suicide (27%). [7] Le RSM associé au suicide dans l'AM est de 18,1. [106]

La mortalité associée à la BN est moins considérable mais reste préoccupante : cette même méta-analyse retrouve un RSM de 1.93, c'est-à-dire que la mortalité retrouvée dans le groupe de patients BN est à 193% de celle qui serait attendue sans BN.

En ce qui concerne les TCA-NS, malgré le faible nombre d'études portant sur le sujet, le RSM a tout de même été calculé et est de 1,92, donc presque similaire à celui de la BN. [6]

b) Les troubles schizophréniques

Les troubles schizophréniques présentent des éléments de similitude avec les TCA en termes de prévalence et de sévérité des troubles quant à leur impact sur la santé des sujets, leur insertion sociale, et de risque de mortalité.

La prévalence « vie entière » des troubles schizophréniques est de 0,55 % et la prévalence actuelle est de 0,6% dans la population. [107] Le sex ratio est assez équilibré même s'il existe une légère prédominance chez l'homme (x 1,4).[108]

Les premiers symptômes apparaissent en moyenne entre 15 et 24 ans. [109]

Les troubles schizophréniques entraînent des complications somatiques à l'âge adulte, liées à une « mauvaise hygiène de vie » qui peut s'installer avec la maladie, à l'errance médicale, et aux effets secondaires des traitements par neuroleptiques. En ce qui concerne la mortalité, le RSM est de 3.0 [107]. Parmi les nombreuses complications somatiques menant au décès on peut citer les maladies cardio-vasculaires, les pathologies digestives, endocriniennes... Le suicide fait partie des principales causes de décès ; en effet les personnes présentant un trouble schizophrénique ont 12 fois plus de risque de décéder suite à un geste suicidaire en comparaison avec la population générale. [110]. On estime que 4,9% des sujets présentant un trouble schizophrénique se suicideront durant leur existence. [111]

Il a été montré qu'une durée des troubles non traitée plus courte est associée à un meilleur pronostic en ce qui concerne la sévérité des symptômes positifs et négatifs, le taux de rémission, le risque de rechute, le fonctionnement global et la qualité de vie. [112]

Le coût des troubles schizophréniques pour le système sanitaire représente à l'échelle d'un pays environ 1,1 % de la dépense nationale de santé (médiane).[113] Aux Etats-Unis en 2013, les coûts totaux engendrés seraient de 131 milliards d'euros.[114]

Tableau 10 - Tableau comparatif TCA/Schizophrénie

	<u>TCA</u>	<u>SCHIZOPHRENIE</u>
Prévalence vie entière	AM 0,6 % BN 1 % HB 2.8 %[4]	0.55 %
Age d'apparition	Anorexie 15-19 ans Boulimie 15-24 ans	Entre 15 et 24 ans en moyenne
Pronostic	Meilleur si PEC tôt [14]	Meilleur si PEC tôt
Déni des troubles	Oui [99]	Oui
Risques somatiques à l'âge adulte	Oui	Oui

Mortalité	RSM AM : 5,86 RSM BN : 1,93 TCA-NS : 1,82	RSM : 3
Suicide	RSM pour AM : 18,1 2,5% de suicide	RSM : 12 4,9% de suicide
Traitement	Psychothérapie, Thérapie familiale...	Médicamenteux
Urgence	Plutôt d'ordre somatique	Si urgence elle est plutôt psychiatrique (risque passage à l'acte)
Coût société	34 milliards d'€ en 2012 en Australie	131 milliards d'€ en 2013 aux Etats-Unis

Les TCA et la schizophrénie présentent donc certaines similitudes. Qu'en est-il de la prévention secondaire de la schizophrénie ?

2) Repérage précoce de la schizophrénie

Si l'on s'intéresse au cas particulier de la schizophrénie, depuis les années 1990, des programmes de dépistage pour les troubles psychotiques débutants sont mis en place dans de nombreux pays.

Les premiers centres ont été développés dans les années 1980-1990 en Australie par l'équipe de Patrick Mc Gorry [115] : un nouveau modèle de soins voit le jour : EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Center). Patrick McGorry écrit dans l'un de ses articles : *“Although there has been exponential expansion of research and clinical activity in early psychosis in recent years, there was little evidence of this trend in other major diagnostic domains, even those such as mood, eating, personality, and substance use disorders, with a similar age of onset. In 2007, to stimulate scientific and clinical interest in early intervention,*

a new journal was established by Blackwell (subsequently Wiley and Sons), Early Intervention in Psychiatry."

Ce programme EPPIC inclue un tri initial téléphonique des demandes qui peuvent émaner de n'importe quelle source. Une équipe mobile peut intervenir, ce qui permet d'améliorer la détection et ainsi permet la diminution de la durée de maladie non traitée. Cette équipe peut également intervenir à domicile pour les patients et leur famille après que le diagnostic a été posé (Florian serait fier de toi ;)) ou avant/après une hospitalisation ; ceci permettant de maintenir le lien et de réguler le nombre d'hospitalisations. EPPIC propose également des interventions de crise pour les patients qui ne pourraient pas attendre leur rendez-vous médical. Une unité de quelques lits d'urgence fait également partie du dispositif.

Les demandes d'évaluation et de prise en charge viennent souvent de professionnels de santé mentale, mais aussi d'autres spécialités médicales, de famille ou amis des patients, et des médecins généralistes. [116]

De nombreuses équipes dans le monde ont repris ce modèle et l'ont adapté à leur contexte, comme par exemple au Royaume Uni, en Suisse, en Allemagne, au Canada, aux États-Unis, et en France. Certains états se sont même dotés de programmes gouvernementaux afin de développer un maillage territorial, comme c'est le cas au Royaume Uni, en Australie ou au Canada.

On peut citer par exemple le TIPS (Early Treatment and Intervention of Psychosis) qui a été mis en place en Norvège : un centre (Rogaland) a développé un programme d'information de la communauté et d'éducation des professionnels de santé et scolaires sur les symptômes psychotiques. Les patients détectés étaient alors orientés vers une équipe médicale formée pour ce programme, qui faisait le diagnostic de trouble psychotique ou non et traitait en fonction. Une étude a montré que le groupe de patients de Rogaland avait un délai d'accès aux soins significativement plus court (médiane : 5 semaines) que deux autres groupes nordiques (médiane : 16 semaines). [117]

En France : le C'JAAD, mis en place en 1999. On y reçoit des patients de 15 à 30 ans à risque de schizophrénie. Les quatre grands buts du C'JAAD sont :

- offrir une évaluation multidisciplinaire des difficultés psychologiques du jeune,
- permettre un accès à des soins de santé mentale spécialisés en moins de 15 jours
- promouvoir le repérage précoce de symptômes psychiatriques pour réduire la durée de psychose non traitée et prévenir l'évolution vers une psychose catégorisée
- offrir un projet de soins personnalisé à chaque patient avec un suivi sur 2-3 ans.

Le premier contact avec le C'JAAD peut se faire de différentes manières, le patient peut être adressé par son médecin traitant, par le médecin scolaire ou n'importe quel autre professionnel de santé. Le C'JAAD répond aux demandes dans un délai maximum de 15 jours. [118]

Une étude s'est également intéressée en 2015 en Angleterre à l'impact sur l'accès aux soins spécialisés que pouvait avoir une formation des médecins généralistes sur les signes cliniques traduisant un risque élevé de troubles schizophréniques ainsi que sur le premier épisode psychotique. La majorité des médecins contactés ont accepté cette sollicitation puisque 60% ont reçu la formation. Cette éducation fournie aux médecins généralistes avait souvent lieu sur l'heure du repas au sein même de leur cabinet. Le taux de référencement en soins spécialisés par ces médecins généralistes a significativement augmenté durant les 6 mois après la délivrance de cette formation pour les patients à haut risque de troubles psychotiques mais non pour les premiers épisodes psychotiques : il est possible que cela soit lié au fait que les médecins généralistes les repéraient déjà. Une étude sur un plus long terme que 6 mois pourrait être intéressante. [119]

Les TCA sont-ils moins graves ou plus rares que les troubles schizophréniques ? Ceci expliquerait que la question du repérage ait été moins étudiée ?

3) Prévention du suicide

Le suicide est la seconde cause de décès chez les 15-24 ans. De nombreux programmes de prévention existent dans différents pays. Parmi les interventions qui ont fait preuve d'efficacité on peut citer :

- Restriction de l'accès à des moyens létaux
- Initiation d'un traitement antidépresseur
- Psychothérapies telles que la TCC
- Meilleure disponibilité des programmes de soins
- Programmes de prévention dispensés à l'école avec ou sans dépistage associé
- Programmes de formation des médecins généralistes

[120]

Parmi ceux-ci, on peut citer notamment le SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe), un programme de prévention qui a été évalué dans 168 écoles européennes auprès d'élèves de 14 à 16 ans. Trois types d'intervention étaient évalués. L'une d'elle consistait à former les professeurs et autres professionnels scolaires, l'une s'adressait aux élèves et la troisième consistait à faire un dépistage mené par les professeurs. A 1 an, seul le programme de prévention qui s'adressait directement aux élèves était associé à une diminution significative des tentatives de suicide (OR = 0.45) et des idées suicidaires (OR = 0.5) par rapport au groupe contrôle. Cette intervention comprenait 3h de jeux de rôle combinés avec un livret de 32 pages remis à chaque élève, 6 posters éducatifs placés dans les classes participantes et 1h de lecture interactive à deux reprises concernant la santé mentale. Des instructeurs formés par un manuel déployaient ce contenu dans chaque site participant. Les auteurs font l'hypothèse que le fait de réfléchir, verbaliser et débattre des questions de santé mentale entre élèves, ainsi que le fait qu'ils soient personnellement et activement engagés dans l'intervention plutôt que de recevoir les informations de manière passive par un adulte a probablement fait la différence quant au comportement face au suicide. [121]

4) Prévention de la dépression

En 2015 en Allemagne, une proposition originale alliant technologie et santé est faite pour l'amélioration de la détection précoce de la dépression. En effet, Bitsch & al décrivent les fonctionnalités de leur nouvelle application pour smartphone PiaP pour « Psychologist in a Pocket ». Cette application analyse plusieurs paramètres : SMS, e-mails et messages postés

sur les réseaux sociaux. Elle est programmée pour suspecter un épisode dépressif majeur d'après les critères du DSM 5 et de la CIM-10. [122]

Sur un autre plan, une revue de littérature parue en 2011, analysant les relations entre dépression maternelle et dépression de l'enfant conclut que l'identification d'une dépression chez la mère peut se révéler utile pour la prévention et le repérage précoce d'une possible dépression chez ses enfants.[123]

5) Prévention des addictions (alcool, drogues)

« Making the link : seeking help for risky drinking » est une intervention scolaire qui a eu lieu en Australie en 2017 ; le principe était d'enseigner aux étudiants la reconnaissance de symptômes et comment aider leurs pairs à surmonter leurs réticences à demander de l'aide auprès de professionnels pour abus de substances (alcool) de manière précoce. Ils étaient également informés sur comment demander de l'aider et auprès de quels intervenants. L'intention de « demande d'aide » était mesurée avant l'intervention puis en post-intervention puis à 6 semaines. Les résultats montrent une diminution des réticences à demander un appui au niveau personnel et un gain de confiance dans l'idée de parler à ses pairs de l'aide existante pour l'addiction à l'alcool. [124]

Une intervention sur le même modèle avait été effectuée quelques années auparavant en 2011 pour la consommation de cannabis, en Australie également. Les étudiants avaient déclaré être plus confiants dans une recherche de soutien pour eux-mêmes ou un ami et les professeurs se sentaient également plus aptes à assister un étudiant dans cette recherche d'aide pour addiction au cannabis ou autres troubles de santé mentale. [125]

6) Prévention du TDAH

Un document a été édité en France suite à une collaboration entre le Ministère de l'Education Nationale, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche,

l'Académie de Paris et le Centre Hospitalo-Universitaire Robert-Debré. Ce prospectus « Les enfants avec un trouble déficit de l'attention/hyperactivité et leur scolarité » est destiné au personnel scolaire. Son contenu explicite ce qu'est un TDAH, des exemples de signes pour repérer un enfant TDAH dans une classe sont listés (ex : « il coupe souvent la parole et répond avant la fin de la question »), puis les aménagements possibles sont présentés et une liste des personnes ressources est figurée. [126] (Annexe 2)

V) Quelles actions proposer ?

Ce chapitre se base sur les données de la revue de littérature ci-dessus.

1) Les médecins

Les médecins, toutes spécialités confondues, sont à une place clé pour le repérage des TCA. Toutes les études montrent que leurs connaissances sur le sujet peuvent être améliorées ; ceci est sans doute en lien avec une formation initiale trop succincte, et un manque de temps pour assister aux formations continues. De plus, le réseau de soins spécialisés est peu identifié par ces différents intervenants.

Des actions communes peuvent être mises en place pour améliorer le repérage par les médecins de manière générale.

Propositions générales pour tous les médecins : Il serait utile de :

- Renforcer la formation initiale des médecins :
 - Durant l'externat : il serait nécessaire de proposer davantage de cours sur les TCA. Les jeux de rôle et la simulation pourraient également permettre une plus grande sensibilisation aux TCA.
 - Durant l'internat : augmenter les cours théoriques pour les spécialités concernées et leur proposer des stages au sein de services spécialisés en TCA.

- Développer des programmes de formation continue médicale. Ces programmes pourraient prendre différentes formes :
 - « E-learning » : Programmes interactifs sur internet avec cours et cas cliniques
 - Interventions de spécialistes des TCA lors de congrès, axés sur les spécificités de chaque discipline médicale
 - Publier dans les revues médicales de chaque spécialité concernée

- Envoyer un formateur dans les cabinets partagés
- Faire parvenir les recommandations aux cabinets des médecins libéraux,
- Mettre à disposition de tous les intervenants une ligne téléphonique d'écoute et d'orientation,
- Diffuser l'annuaire FFAB.

En outre, pour chaque spécialité médicale concernée par le repérage des TCA, certaines mesures supplémentaires spécifiques peuvent être entreprises. Nous les listerons ci-après.

a) Les médecins généralistes

Constat actuel : Les patients présentant un TCA consultent plus fréquemment le MG que les patients qui n'en présentent pas.[52] Mais les MG les diagnostiquent peu. Il n'y a pas d'étude de prévalence des TCA en médecine générale en France mais on peut supposer que les TCA sont des affections relativement rares dans le quotidien des MG et la formation générale des médecins laisse peu de place à la formation à cette clinique. D'après les études, il existe un défaut de connaissances concernant les TCA par les médecins généralistes. Les patients n'en parlent pas spontanément à leur MG et les consultent pour d'autres raisons. En outre les symptômes utiles au diagnostic ne sont pas toujours connus, et dans le cas où les patients présentant un TCA sont repérés par le médecin, celui-ci ne sait pas dans la plupart des cas où l'orienter car la filière de soins n'est pas repérée et/ou structurée. C'est ce qui a été mis en évidence lors du rapport d'audition de professionnels par la FFAB à la dernière journée à la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) : la filière TCA est non repérable par les non spécialistes et la FFAB leur est inconnue. Il émane de leur part une demande de lieux de consultations spécialisées et de consultations d'urgence.[127] En effet quand les centres spécialisés sont repérés les listes d'attente ne permettent pas une prise en charge rapide. Peu de MG sont au fait des recommandations nationales existantes.[98]

Propositions spécifiques :

- Mettre en place un repérage ciblé chez les adolescents et jeunes adultes lors de la délivrance de certificat d'aptitude au sport, et en particulier dans les activités à risque : danse, musculation, lutte, patinage artistique, gymnastique... celles qui impliquent le contrôle du poids ou de la silhouette.
- Mettre à disposition des dépliants dans les salles d'attente. Il existe un document d'information sur l'AM édité par la HAS à destination des patients et de leur famille. Il explicite les signes de la maladie et que faire lorsqu'on les repère chez quelqu'un. Une meilleure diffusion de ce document se révélerait utile au sein des cabinets des MG. [128]

b) Les psychiatres

Constat actuel : Les psychiatres ne repèrent pas toujours l'existence d'un TCA. Ils voient généralement la dépression, les troubles de personnalité ou l'anxiété, auxquels ils ont été davantage formés. Soit ils négligent les TCA qu'ils perçoivent, n'en connaissant ni les conséquences, ni l'importance du traitement et ni ses modalités ; soit ils ne les repèrent pas.

Propositions spécifiques :

- Il faut donc renforcer la formation des psychiatres sur les TCA surtout lors de l'internat puis développer la formation continue. Il est important que les psychiatres sachent reconnaître les symptômes, les rechercher chez les jeunes patientes et organiser une prise en charge multidisciplinaire ou à défaut, les orienter en milieu spécialisé.
- Au sein des cabinets libéraux, des CMP, des BAPU (bureaux d'aide psychologique universitaire) : diffuser le numéro « anorexie boulimie info écoute » ainsi que l'annuaire FFAB, mettre des affiches dans la salle d'attente, ainsi que des brochures sur le sujet.
- A Paris se concentrent 23 % des psychiatres libéraux pour 3,5 % de la population française.[129] On pourrait imaginer un développement de la télépsychiatrie pour les zones dépourvues de spécialistes, ou une meilleure attractivité de la psychiatrie libérale dans les « déserts médicaux ».

c) Les pédiatres

Constat actuel : aucun article évaluant les aptitudes des pédiatres dans le repérage des TCA n'a été retrouvé. Dans la revue de littérature ci-dessus, une étude compare les pédiatres aux instructeurs de fitness et montre que les pédiatres sont largement plus compétents pour repérer l'AM, mais des améliorations sont possibles : 12% des pédiatres participants n'ont pas émis le diagnostic d'AM devant un cas typique.[65]

Du fait de l'âge moyen de début des TCA qui se situe à l'adolescence, les pédiatres sont amenés à rencontrer des patients qui présentent des symptômes.

Propositions spécifiques :

- Proposer lors de l'internat en pédiatrie des stages spécialisés en TCA
- Formation continue : Insister sur l'importance de la surveillance de la courbe staturo-pondérale.
- Etablir des recommandations spécifiques pour les pédiatres.
- Création de partenariats entre les psychiatres spécialisés en TCA et les pédiatres.

d) Les gynécologues

Constat actuel : L'aménorrhée est un symptôme fréquent de l'AM qui apparaît parfois précocement avant même l'amaigrissement. Les irrégularités menstruelles peuvent également survenir dans le cadre des autres types de TCA. Les consultations pour ces motifs devraient donc amener à suspecter et rechercher un TCA.

Les consultations pour infertilité peuvent également être un lieu privilégié de repérage des TCA. En effet, certaines femmes prises encore massivement dans le déni des troubles et non diagnostiquées jusque-là par leur médecin, souhaitent parfois avoir recours à la stimulation ovarienne ou à la PMA (Procréation Médicalement Assistée) ; on constate malheureusement que cela leur est parfois accordé sans même un entretien psychologique préalable. Ceci risque de conforter la dissociation corps/psyché existant chez ces patientes.[130]

La prévalence des patients présentant un TCA en PMA est 5 fois supérieure à la prévalence en population générale. [131]

Une étude a montré que parmi les femmes ayant un traitement par pompe à GnRH, 95,2% présentent un diagnostic de TCA.[132]

Les patientes présentant un TCA sont également plus à risque de grossesse non désirée ; à la fois car il y a un risque de non efficacité de la pilule contraceptive en cas de vomissements, et également car les patientes en aménorrhée pensent ne pas pouvoir être enceintes. [76] [133]

Il paraît donc primordial de sensibiliser davantage les gynécologues aux TCA.

Propositions spécifiques :

- Développer des programmes de formation continue : des symptômes tels qu'une aménorrhée primaire ou secondaire chez les femmes jeunes ou une consultation d'infertilité doivent amener systématiquement le gynécologue à rechercher un TCA.
- Etablir en France des recommandations spécifiques à la spécialité des gynécologues. En 2018, de nouvelles recommandations pour les gynécologues ont été publiées aux Etats-Unis et mettent l'accent sur le rôle des gynécologues dans le repérage des TCA. Y sont rappelés les signes et symptômes ainsi que les facteurs de risque de TCA. [134]
- Créer des liens entre les services de PMA et les professionnels spécialisés en TCA.

e) Les endocrinologues

Constat actuel : Le diabète de type I favorise l'apparition des TCA, surtout la BN et l'HB : ces deux pathologies y sont deux fois plus fréquentes qu'en population non diabétique. En effet la prise en charge du diabète nécessite la mise en place d'un régime strict et le monitoring du taux de de glucose sanguin. Ceci peut amener les sujets à être très préoccupés par l'alimentation[135]. Le risque de TCA-NS est également multiplié par 2 ou 3 dans la

population de diabétiques de type I. On appelle « diabulimia » le fait d'omettre ou diminuer volontairement les prises d'insuline pour contrôler le poids. Le fait d'avoir un TCA associé au diabète entraîne un moins bon équilibre avec un taux d'HbA1c moyen plus élevé que les diabétiques non TCA, un plus grand risque d'acidocétose, et une survenue plus précoce des complications microvasculaires du diabète, en particulier les rétinopathies. [136]

Le repérage précoce dans cette population est donc primordial.

Propositions spécifiques :

- Un renforcement de la formation des endocrinologues sur la reconnaissance des TCA lors de la formation continue. Un repérage systématique pourrait être effectué chez les adolescents et jeunes adultes diabétiques de type I. Les signes d'alerte seraient : déséquilibre du diabète ou épisodes d'acidocétose répétés inexpliqués, maigreur, perte de poids, dysmorphophobie, oublis répétés d'insuline, refus de pesée, intérêt excessif pour les calories, changement de régime alimentaire différent des préconisations faites dans le cadre du diabète... [137]
- Evaluer l'utilité d'un questionnaire spécifique à la détection des TCA pour les patients diabétiques de type I. Il en existe deux,
 - Le DEPS-R : c'est une auto-évaluation qui nécessite moins de 10 minutes pour être complétée. Ce questionnaire comporte 16 items dont plusieurs sont spécifiques au TCA associé au diabète, par exemple : « je me sens gros lorsque je prends toute mon insuline » ; « je préfère être mince qu'avoir un diabète bien contrôlé ».[138] (Annexe 3)
 - Le mSCOFF qui est une version du SCOFF adaptée au diabète et validée pour les populations adolescentes. Deux questions en lien avec les prises d'insuline ont été ajoutées par rapport au SCOFF.[139]
- Elaborer des recommandations spécifiques pour les endocrinologues.

f) Les gastro-entérologues

Constat actuel : Les patients présentant un TCA se plaignent fréquemment de symptômes gastro-intestinaux. Les gastro-entérologues sont donc parfois sollicités pour ce type de symptômes sans cause organique évidente retrouvée. Cependant, ces spécialistes sont peu formés à la reconnaissance des TCA et en sont insatisfaits.

Propositions spécifiques :

- Renforcer la formation continue et mettre en avant l'importance du repérage via des symptômes tels que la distension abdominale, un reflux gastro-œsophagien, une constipation, ou des douleurs abdominales par exemple [80] qui persistent, sans cause organique évidente retrouvée, dans la population à risque.
- Etablir des recommandations spécifiques pour les gastro-entérologues.

2) Les diététiciens

Constat actuel : Aucun article évaluant les connaissances sur les TCA ni sur l'aptitude des diététiciens à les reconnaître n'a été mis en évidence dans cette revue de littérature. Pourtant ce sont des intervenants qui pourraient occuper une place importante dans le repérage des TCA de tout type. Effectivement, les échanges sont construits autour de l'alimentation et du poids.

Propositions :

- Formation initiale durant les études de diététique
- Programmes de formation continue
- Baser le repérage devant des signes tels que : des restrictions alimentaires qualitatives ou quantitatives, la perte des repères alimentaires, des représentations erronées sur les aliments, une potomanie, une dysmorphophobie, une peur intense de prendre du poids, une perte de poids incontrôlée, des épisodes d'hyperphagie, des stratégies de contrôle du poids tels que des vomissements...

- Mise à disposition de la ligne téléphonique d'écoute et d'orientation, faire connaître le réseau de soins.

3) Les dentistes

Constat actuel : les dentistes et autres professions du domaine de la santé dentaire ont la possibilité de repérer les patients présentant des TCA à travers les complications de la sphère orale telles que l'érosion de l'émail dentaire ou la parotidomégalie.

Propositions spécifiques :

- Renforcer la formation initiale et continue. Les programmes de e-learning chez les dentistes sont un moyen efficace d'apprentissage.
- Etablir des recommandations spécifiques pour les dentistes
- Faire connaître le réseau de soins, diffuser le numéro d'écoute et d'orientation.

4) Les pharmaciens

Constat : Les pharmaciens sont parfois les premiers professionnels de santé à être en contact avec les patients présentant un TCA. En effet, il n'est pas rare que ces derniers se fournissent des laxatifs ou des « produits minceur » qui sont disponibles sans ordonnance. Ils peuvent également s'interroger devant des ordonnances de diurétiques, de traitements anorexigènes tels que la Ritaline etc... Ils sont de ce fait à une place primordiale pour repérer les TCA, encourager la recherche d'aide et adresser à un spécialiste.

Propositions :

- Il paraît donc nécessaire de former les pharmaciens sur ce sujet durant leur cursus étudiant ou en organisant des séances de formation pour les pharmaciens professionnels.

- Des documents pourraient également être distribués dans les pharmacies pour énoncer les signes d’alerte et proposer des adresses où référer les patients. Ce type de document existe déjà en Australie. [140] (Annexe 4)

5) La population scolaire

Constat : D’après un dépistage effectué dans les lycées américains, 25% des filles et 10% des garçons déclarent présenter des symptômes alimentaires et/ou des techniques de contrôle pondéral suffisamment sévère pour y porter une attention clinique.[62] L’étude de la Haute-Marne de Guilbert & Choquet soulignait elle aussi en France la fréquence de ces symptômes. [10] Former le personnel scolaire améliore le repérage des TCA. Les études montrent que le repérage en milieu scolaire permet aux sujets potentiellement atteints de TCA d’être ensuite suivis au niveau médical. De plus, les collèges/lycées sont des lieux regroupant une grande population cible (jeunes filles). Il s’avère que le personnel scolaire est demandeur de formation.

Propositions :

- Renforcer la médecine scolaire dans les collèges et les lycées.[141]
- Former les médecins scolaires et infirmières scolaires à la reconnaissance des TCA
- Repérer des éventuels symptômes lors de la visite médicale scolaire

- Former le personnel scolaire (enseignants et encadrants divers) aux signes évocateurs de TCA (maigreur, vomissements etc...)
- Pour ces formations, il faudrait qu’une personne dédiée se déplace dans chaque établissement.
- Donner aux intervenants scolaires les adresses pour orienter les élèves vers une évaluation spécialisée, placer des brochures dans l’infirmerie scolaire, diffuser le numéro « anorexie boulimie info écoute ».

En Australie, il existe depuis 2016 un document destiné au personnel scolaire : « Eating Disorders in Schools : Prevention, Early Identification and Response ».[142] Il comporte 48 pages et se divise en une introduction avec des généralités sur les TCA puis une partie explicite comment promouvoir la santé et le bien-être à l'école, puis comment reconnaître les TCA et que faire, comment soutenir un étudiant en rémission d'un TCA, et enfin où trouver des informations supplémentaires et les références sur le sujet. Cette brochure pourrait être un très bon outil d'amélioration du repérage dans les écoles. Cependant, la longueur du texte est une probable barrière à sa lecture intégrale. Certains détails ne sont pas forcément pertinents pour un repérage par le personnel scolaire comme par exemple « irrégularités menstruelles ou aménorrhée » ou encore « dents endommagées » dans les signes physiques d'alerte, « utilisation de laxatifs ou diurétiques » ou « comptage de calories » dans les comportements alarmants. En effet, ces signaux ne sont pas visibles et il est peu probable que les élèves en parlent à leurs professeurs.

- Les signes repérables aisément seraient alors : variations pondérales et/ou maigreur, préoccupations corporelles excessives, changement de comportement à la cantine, asthénie, tristesse, anxiété, isolement social, troubles de concentration avec plus ou moins une chute des résultats associée. La majorité des symptômes ici cités ne sont finalement pas forcément spécifiques des TCA mais il ne serait pas inintéressant de sensibiliser le personnel scolaire de manière plus générale au repérage de signes aspécifiques. En effet, il paraît compliqué de leur demander de repérer à la fois la dépression, les addictions, les troubles psychotiques, le TDAH et les TCA. La solution serait peut-être d'envisager une formation à la reconnaissance de symptômes mentaux de spectre large. C'est ce qui est d'ailleurs recommandé par le rapport gouvernemental « Mission bien-être et santé des jeunes », qui prône « une formation initiale et continue systématique et renforcée des personnels enseignants et d'éducation à la psychologie de l'adolescent et aux problématiques de santé des jeunes ».[141]
- Il existe également un numéro de téléphone destiné aux professionnels de l'Education Nationale de l'Académie de Paris : « Fil Harmonie » **01 53 60 83 68**. Une psychologue clinicienne de la Fondation Santé des Etudiants de France répond pour les situations de

souffrance psychique scolaire ; elle aide son interlocuteur à l'analyse, à la résolution ou à l'orientation des situations complexes des jeunes et de leur famille (3^{ème}, lycée, classes préparatoires et BTS).

- Informer les parents lors de réunions d'informations sur la santé mentale

- Auprès des élèves :
 - ✓ Sur le même modèle que pour la prévention des abus de substance, peut-être que des interventions visant à enseigner aux élèves la reconnaissance des troubles psychiques chez leurs pairs et comment les aider, vers quel intervenant se tourner pourrait permettre une amélioration du repérage des TCA. Le gouvernement français souhaite mettre en place une formation des étudiants aux premiers secours en santé mentale, dans une logique d'aide par les pairs, sur le modèle australien du « Mental Health First Aid » (MHFA). Ceci favoriserait le recours précoce aux soins ainsi que la déstigmatisation des troubles mentaux. [129] Effectivement, les adolescents rapportent souvent une préférence à rechercher de l'aide auprès des pairs plutôt qu'auprès des professionnels de santé.[143] En conséquence, le MHFA propose des formations spécifiques pour les collégiens et lycéens volontaires. Ce modèle a d'ores et déjà été repris dans de nombreux pays, comme par exemple au Royaume-Uni avec le Peer Education Project ou encore au Canada.
 - ✓ Comme pour la prévention du suicide, y aurait-il un intérêt à mettre en place des jeux de rôle ? Peut-être que de manière plus large il peut s'avérer utile de sensibiliser les collégiens et lycéens à la santé mentale. En effet, mieux repérer les sujets en présentant des troubles de santé mentale améliorerait probablement en parallèle le repérage des TCA car il existe de nombreuses comorbidités psychiatriques associées (anxiété, dépression, trouble obsessionnel compulsif, trouble de personnalité borderline...).
 - ✓ Diffuser le numéro « anorexie boulimie info écoute ».
 - ✓ Diffuser le numéro « Fil santé jeune », 0 800 235 236, destiné au 12-25 ans, anonyme et gratuit, qui permet une mise en relation avec médecins et

psychologues ; ainsi que le site web www.filsantejeunes.com qui comprend des articles destinés aux jeunes sur la santé mentale dont les TCA.

- ✓ Informer les étudiants sur l'existence des BAPU.
- ✓ Informer les étudiants sur l'existence des Espaces Santé Jeune. Ce sont des lieux d'accueil, d'écoute, de prévention et d'orientation pour les jeunes âgés de 11 à 25 ans, pour leurs parents et pour les professionnels qui travaillent avec un public jeune. Ces centres sont des partenaires clés pour le travail en réseau avec les Maisons des Adolescents, l'accueil des jeunes et leurs orientations dans un parcours santé.

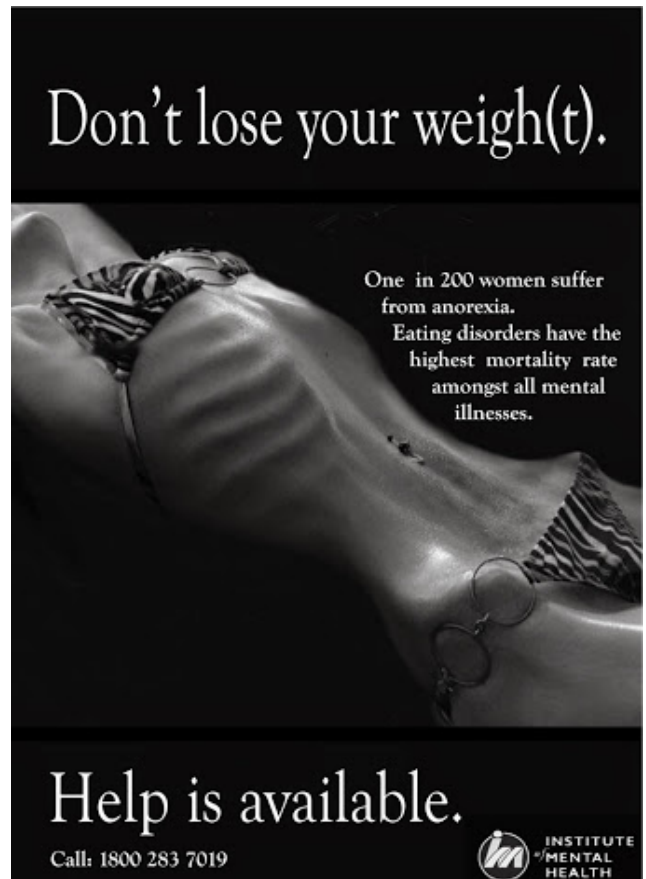
6) La population générale

Constat : Une campagne de prévention secondaire en population générale s'est révélée inefficace sur le repérage. Mais très peu d'études ont été faites en population générale.

Propositions : Il faudrait dans un premier temps cibler certaines populations. Sinon le coût engendré risque d'être trop important par rapport au taux de patients présentant un TCA qui seraient amenés à consulter. Il pourrait s'avérer intéressant de cibler :

- Les personnes entre 15-25 ans et plus particulièrement les femmes :
 - ✓ La prévention secondaire pourrait se faire à travers les journaux ou magazines destinés à cette tranche d'âge, en expliquant les signes de la pathologie et en incitant à rechercher un suivi, en diffusant les données ressource.
 - ✓ En 2010 un document a été édité par la HAS en collaboration avec l'AFDAS-TCA explicitant ce qu'est l'AM et ses risques et propose un questionnaire d'auto-dépistage. Il encourage à consulter rapidement en cas de suspicion d'AM. Ce document est facilement accessible à tous sur internet. [144]
 - ✓ Pour le moment, il n'existe pas de document similaire en France pour la BN et l'HB. Leur publication pourrait s'avérer utile au repérage.
- Les parents d'adolescentes, les amis et l'entourage.

- ✓ Des affiches « publicitaires » permettraient peut-être d’alerter sur le sujet des TCA. Il existe des affiches mettant en scène l’AM, dans une logique de communication persuasive, « d’appel à la peur » comme ce qui existe pour lutter contre la consommation d’alcool pour la sécurité routière.[145] Voici des exemples d’affiches de prévention de ce type en Allemagne, Italie et Etats-Unis :



Ce type d'affiches est souvent élaboré dans le cadre de la prévention primaire ; or le patient qui développe des TCA ne maîtrise pas l'installation de la maladie... Elles pourraient davantage être utiles dans le cadre de la prévention secondaire : à défaut de s'identifier aux femmes montrées sur ces panneaux pour les sujets atteints (à la fois du fait du déni des troubles et à la fois car les photos montrent uniquement des femmes extrêmement dénutries, cachectiques, ce qui n'est pas le cas de la majorité des personnes présentant un TCA), les messages pourraient davantage s'adresser à la famille et à l'entourage. D'autre part, les images morbides risquent de stigmatiser les sujets concernés. En outre, l'efficacité de l'appel à la peur n'est pas démontrée.

- ✓ La publication de guides donnant des plans d'action à l'entourage de personnes présentant un TCA. Il existe en France un document de la HAS destiné aux familles et aux patients, accessible en ligne. [146] En Australie, il existe un guide édité par le Mental Health First Aid pour la population générale, construit sur un modèle différent. Il recense les signes de repérage des TCA (AM, BN et HB) et donne des conseils sur la manière de partager ses inquiétudes avec une personne chez qui l'on suspecte un TCA, en distinguant les cas où c'est un ami, un enfant, ou l'enfant de quelqu'un d'autre. Un paragraphe explicite également le cas où la personne concernée ne souhaiterait pas d'aide. En outre, cet organisme propose des cours en présentiel ou en e-learning destinés à la population générale pour apprendre à repérer les symptômes psychiques et que faire s'ils en repèrent. [147]

7) La population sportive

Constat : La prévalence des TCA est significativement plus importante chez les athlètes qu'en population générale. En Norvège, une étude a retrouvé dans cette population une prévalence de 13,5% de TCA selon les critères du DSM IV, incluant AM, BN, TCA-NS, et « anorexia athletica » alors que celle-ci n'est que de 4,6% dans le groupe contrôle. [69]

Un repérage dans la population de sportifs paraît donc nécessaire. Nous avons vu précédemment (cf revue de littérature) que les coachs sportifs et professeurs de fitness se sentent impliqués dans ce repérage et sont demandeurs d'informations quant à la démarche à suivre.

Propositions :

- On pourrait imaginer des programmes de formation destinés aux coachs sportifs, professeurs de fitness, médecins du sport et toute profession amenée à être au contact des sportifs.

- Il pourrait être utile de mettre en place des protocoles ou livrets d'informations pour le personnel des salles de sport.
 - ✓ C'est ce qui a été mis en place en Australie en 2004 : le "Fitness Australia Guidelines : Identifying and managing members with eating disorders and/or problems with excessive exercise" a été publié suite à une collaboration entre « Fitness Australia » et le « Center for Eating and Dieting Disorders ». Une première partie définit les différents TCA (AM, BN, TCA-NS ainsi que l'hyperactivité). Puis sont énoncées les stratégies à adopter face à des membres pouvant présenter un TCA : l'approche initiale, des exemples de discussions, puis des recommandations sur l'attitude à adopter selon les différents cas possibles (amélioration, aucun changement ou aggravation) sont données. Par exemple si un membre est inquiétant aux yeux du professeur de fitness, il peut demander un certificat médical d'aptitude au sport, voire même suspendre l'accès à la salle de sport si le membre ne montre aucune volonté de changement. Une liste de lieux de soins spécialisée en TCA où référer les membres qui en auraient besoin est également fournie. En 2015, un deuxième document destiné aux professionnels du sport : " Eating disorders in sports and fitness : prevention, early identification and response " a été édité par le National Eating Disorder Collaboration à l'initiative département de santé du gouvernement australien.
 - ✓ En France, afin de prévenir les TCA des sportifs, la Faculté des Sciences du Sport de Marseille a élaboré en 2010 un guide de recommandations à destination des professionnels et/ou des bénévoles du sport et de la santé : entraîneurs,

éducateurs, conseillers techniques, médecins du sport... Ce guide est financé par la Direction Régionale Jeunesse Sports et Cohésion Sociale en Provence Alpes Côte d'Azur et la Fédération Française d'athlétisme. L'objectif est de synthétiser les recherches sur les TCA des sportifs, d'établir des liens avec la pratique et de proposer des recommandations à mettre en œuvre.[148] Il pourrait être intéressant que ce type d'initiative prenne une ampleur nationale et soit rédigée en collaboration avec des psychiatres.

- En France, il existe quelques documents destinés à informer les sportifs : on peut citer par exemple une brochure en ligne qui a été éditée dans le Languedoc-Roussillon « Poids et performance ; sportifs êtes-vous concernés ? ». Quelques cas de sportifs présentant des TCA sont décrits, puis les numéros et sites web ressource sont indiqués.[149] (Annexe 5)
- Un affichage avec le numéro d'écoute téléphonique dans les vestiaires ou au sein de la salle de sport pourrait inciter certains sportifs à appeler et consulter par la suite.

8) Les autres populations

- Les mères ayant un TCA actuel ou un antécédent

Mettre en place un repérage ciblé systématique chez les filles de mère présentant un TCA connu car un TCA maternel est prédictif d'un TCA chez l'enfant de sexe féminin. [150]

- Les infirmiers

Depuis 1992, avec l'arrêt de la formation des « infirmiers en psychiatrie », les infirmiers ont une formation à la santé mentale plus succincte. Une meilleure formation durant le cursus d'études pourrait améliorer le repérage des TCA par les infirmiers dans les services hospitaliers de toutes spécialités.

Le ministère de la santé a récemment modernisé le système de santé en proposant une reconnaissance d'infirmiers en pratique avancée, initialement dans trois domaines

médicaux, dont les troubles psychiatriques ne font pas partie.[151] Ces infirmiers « auront la responsabilité du suivi régulier des patients pour leurs pathologies et pourront prescrire des examens complémentaires, demander des actes de suivi et de prévention ou encore renouveler ou adapter, si nécessaire, certaines prescriptions médicales ». La formation d'infirmiers en pratique avancée dans le domaine de la santé mentale pourrait permettre une amélioration du repérage des TCA.

- Les psychologues

Actuellement, se met en place le dispositif Ecout'emoi par le ministère de la santé[129]. Le but est de prendre en charge le plus tôt possible les jeunes en situation de souffrance, en mettant en place le remboursement de 12 consultations avec un psychologue. Une formation spécifique destinée aux psychologues participants va donc parallèlement se mettre en place. Cette formation intègre les notions nécessaires au repérage des TCA. (Annexe 6)

- Les sages-femmes

Durant la grossesse, ce sont surtout les sages-femmes qui assurent le suivi des patientes. Elles sont donc au premier plan pour repérer d'éventuels TCA qui seraient exacerbés durant la grossesse.

En conséquence, une formation des sages-femmes sur ce sujet pourrait s'avérer utile pour le repérage des TCA.

Discussion

Au total, de nombreuses actions sont envisageables pour améliorer le repérage précoce.

En ce qui concerne les professionnels de santé, c'est-à-dire les MG, pédiatres, psychiatres, gynécologues, endocrinologues, gastro-entérologues, dentistes, pharmaciens, et diététiciens, les professionnels de l'éducation et ceux du sport, on constate que les actions communes qui amélioreraient le repérage des TCA se situent surtout au niveau de la formation initiale et continue.

En ce qui concerne la population française, depuis une quinzaine d'années, les TCA sont abordés très régulièrement dans les médias ; mais pas toujours de façon très pédagogique, avec une dimension parfois de voyeurisme. Ils commencent à être connus du public, cependant, des campagnes nationales d'information et de formation à leur identification et aux soins nécessaires pourraient être réfléchies en France.

En France, le ministère de la Santé actuel, dans son programme de prévention en faveur de la santé mentale recommande la mise en place « *d'actions de sensibilisation ou de formations des médecins, des médias, des usagers des services de santé mentale et de la population générale* ». « *Plusieurs mesures pour revaloriser la psychiatrie sont prévues, notamment : l'ouverture d'un stage en santé mentale pendant le second cycle des études de médecine et pendant le 3ème cycle des études de médecine générale ; l'augmentation du nombre des professionnels formés (notamment PU-PH et chefs de cliniques en pédopsychiatrie).* »[152]

Ces recommandations gouvernementales mettent donc en avant le renforcement de la formation initiale en psychiatrie des étudiants en médecine durant l'externat via un stage pratique ; ceci devrait améliorer dans les années qui suivront le repérage des troubles de santé mentale dont les TCA par l'ensemble des médecins spécialistes. L'incitation pour les internes de médecine générale à effectuer un stage semestriel en psychiatrie permettrait également de les former davantage à la santé mentale.

En termes de formation continue, les programmes de e-learning se développent de plus en plus et paraissent être un bon moyen d'acquérir des connaissances. De plus ce type de programme limite les déplacements qui peuvent être rapidement chronophages, surtout

hors des grandes villes ; les médecins libéraux, dentistes, diététiciens et pharmaciens pourraient donc en bénéficier sans grandes conséquences sur leur temps de travail.

Il paraît également important d'éditer des recommandations sur les TCA pour chaque spécialité concernée, d'assurer leur diffusion et de créer des recommandations spécifiques aux salles de sport et aux écoles (comme pour le TDAH).

Pour tous les différents intervenants, tous bénéficieraient d'une meilleure diffusion de l'annuaire du réseau TCA ainsi que des lignes d'écoute comme « Anorexie boulimie info écoute ».

L'organigramme ci-après résume les grandes lignes du repérage par type d'intervenant, les principaux signes de repérage pour chacun d'eux, ainsi que les actions communes en vue d'améliorer le repérage. (Tableau 11)

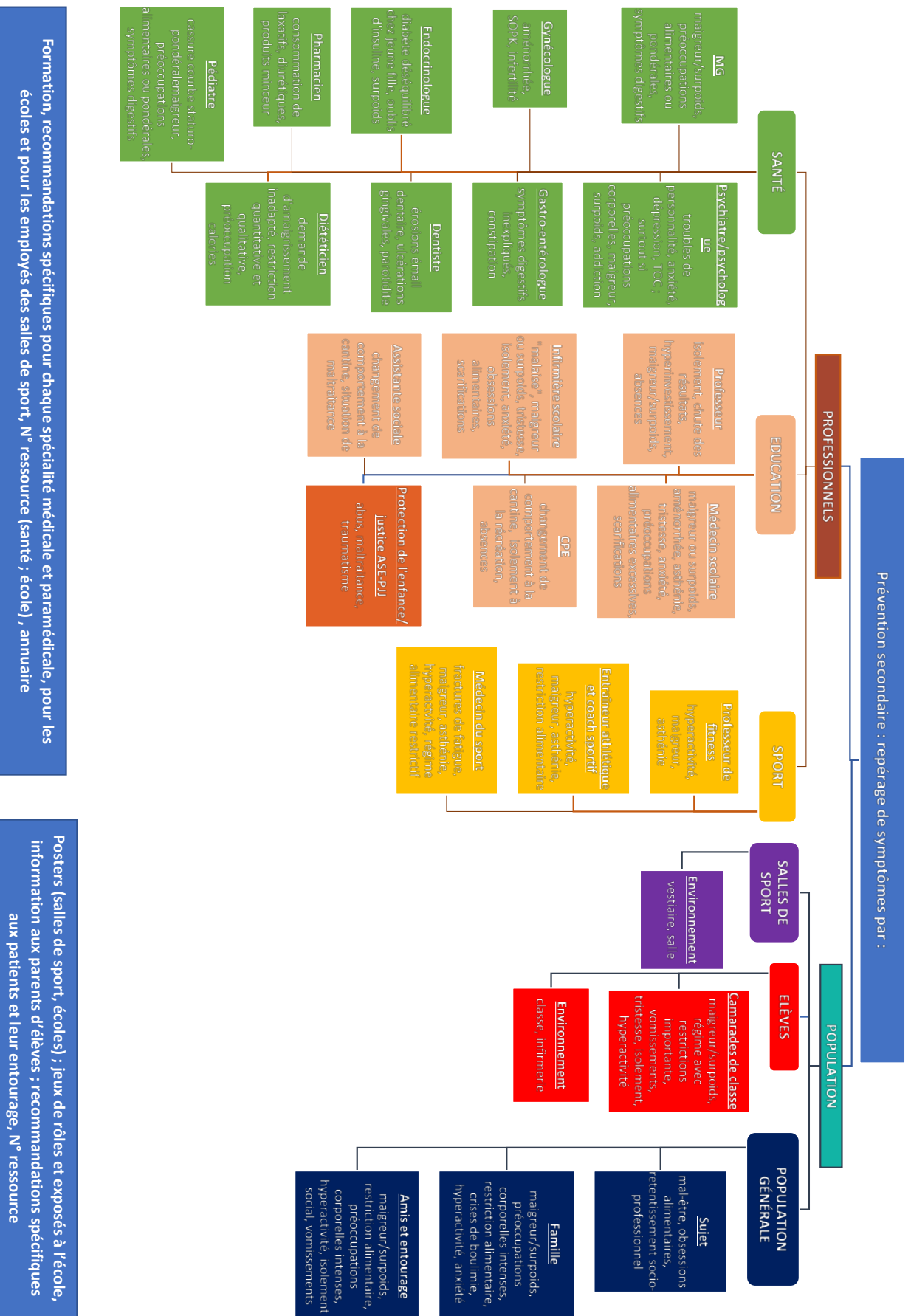


Tableau 11 – Les différents intervenants du repérage, les principaux signes repérables, les actions communes

VI) Et si on repère plus ?

Si l'on repère davantage de patients, où les oriente-t-on ? Les listes d'attente sont déjà longues dans les services spécialisés. Certaines zones sont totalement dépourvues de centres spécialisés.

Il faut également s'assurer que le patient qui est orienté par son médecin traitant vers une consultation spécialisée TCA s'y rende, ce qui n'est pas toujours le cas.

- Pass santé jeune

Le « Pass santé jeune » renommé Ecout'Emoi qui est en expérimentation actuellement dans 3 régions ouvre une perspective intéressante pour les patients souffrant de symptômes de TCA. Ce dispositif avait été proposé dans le rapport Moro-Brisson sur le bien-être des jeunes [129], [141]. Il permet aux jeunes de 11 à 21 ans un forfait gratuit pour 10 consultations auprès d'un psychologue, sous condition qu'il soit adressé par un médecin.

- Les structures de repérage et intervention précoce

Les Maisons des Adolescents sont des structures créées depuis 1999, dont les missions sont l'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation, l'évaluation des situations, la prise en charge médicale et psychologique et l'accompagnement social et éducatif des adolescents. Ce sont des structures ouvertes où les adolescents peuvent se rendre librement et gratuitement sans qu'une autorisation préalable des parents soit nécessaire. Il est prévu qu'au moins une Maison des Adolescents par département soit disponible. Le dernier rapport ministériel en dénombre 102 en France.[153]

La Fondation Santé des étudiants de France a mis en place des structures d'accueil avec ou sans rendez-vous pour des prises en charge rapides, de dépistage et d'évaluation pour adolescents et jeunes adultes présentant une détresse psychologique repérable en milieu scolaire, universitaire ou familiale. Il existe cinq relais de ce type en Ile-de-France. L'une des missions de ces centres est le repérage et le traitement précoce des troubles psychologiques. Ils prodiguent également des informations et accompagnent les patients sur les parcours de soins.

Ces relais peuvent donc être l'un des lieux favorisant l'intervention précoce pour les TCA.

- Les Bureaux d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU)

Ce sont des centres de consultation pour les étudiants qui souhaitent une aide psychologique.

- Groupes de parole

Une proposition faite au Royaume-Uni est la mise en place de groupes de parole pour les parents de patients présentant un TCA. Le MG peut lui-même directement adresser les parents à ce groupe de parole [154]. Dans l'attente d'une prise en charge spécialisée, le partage d'expérience peut permettre un certain soulagement familial.

Ce système s'amorce en France ; en effet un groupe de parole pour parents d'enfants ayant un TCA est proposé par la MGEN à Paris. Certaines associations de patients en proposent également.

- Centres experts

Comme pour ce qui est mis en place pour le repérage de la schizophrénie, de l'obésité ou de l'autisme, on pourrait concevoir des équipes de spécialistes qui recevraient les cas potentiels pour évaluation et orientation. Ces équipes, assurant aussi un niveau de troisième recours pour les situations difficiles selon la position de la FFAB.

A l'initiative de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Rhône-Alpes, des centres référents ou experts TCA existent à Saint-Etienne (2015), Grenoble (2016) et Lyon (2016) et couvrent toute la région. Ils incluent les populations d'enfants, adolescents et adultes. Les équipes médicales sont pluridisciplinaires (psychiatres, pédiatres, endocrinologues). Après réception d'une demande écrite du médecin référent, une première consultation est possible par l'un des médecins du centre ; il évalue alors la présence ou non d'un TCA. Si le diagnostic est avéré, le patient est orienté pour bilan au centre TCA avec un délai maximal de 6 semaines à partir de cette consultation. [155]

En région parisienne, plusieurs équipes s'orientent vers ce type d'organisation sans implication à l'heure actuelle de l'ARS dans le financement ou la structuration de tels

centres. L'idée serait de réduire les délais de prise en charge des TCA en évaluant rapidement les nouvelles demandes.

Sur le plan national, un groupe de travail impliquant des représentants de chaque région réfléchit à comment structurer nationalement l'offre de soins, afin de permettre une détection plus précoce.

- Centres spécialisés d'intervention précoce

En Angleterre, un dispositif d'intervention précoce a été créé récemment, le FREED (First Episode and Rapid Early Intervention for Eating Disorder) : c'est un dispositif qui a été mis en place à Londres, pour les patients de 18 à 25 ans présentant un 1^{er} épisode de TCA d'après le DSM 5, depuis moins de 3 ans. Le FREED a été conçu au sein d'une unité pour TCA déjà existante au préalable. Ce dispositif est basé sur une réactivité rapide de moins de 15 jours devant les demandes de soins émanant des soins primaires. Un clinicien du FREED appelle le patient pour étudier la demande et ce dernier obtient un rendez-vous avec un thérapeute dans les suites pour débiter une prise en charge. Pour les patients présentant une BN ou une HB, la psychothérapie cognitivo- comportementale est privilégiée ; elle est délivrée en ligne, en individuel ou en groupe. Pour les patients présentant une AM, une thérapie individuelle basée sur le modèle du traitement Maudsley est mise en place. Des entretiens familiaux sont également réalisés.

Une étude pilote a mesuré certains paramètres du FREED. Le délai entre le moment où le patient a été référé et le premier rendez-vous en service spécialisé est plus court pour le FREED de 19,5 jours en moyenne mais de manière non significative. Cependant le délai de mise en place de la prise en charge est significativement plus rapide dans le cadre du FREED. Et il est intéressant de voir que les patients qui patientaient plus longtemps avant le début de la prise en charge avaient un IMC qui diminuait alors que ceux du FREED pris en charge plus rapidement avaient un IMC qui augmentait durant ce délai d'attente.[156]

Une étude a ensuite mesuré l'impact de FREED sur le temps jusqu'au contact avec un service spécialisé, et sur la durée de TCA non traitée. Finalement, ces deux paramètres ont été peu réduits avec le FREED. Les taux de participations à la prise en charge ont été excellents

puisque 100% des patients à qui elle a été proposée dans le cadre du FREED l'ont acceptée et suivie, alors que le taux n'est que de 73% chez les patients du service classique.

[157]

CONCLUSION

Les troubles des conduites alimentaires comptent parmi les troubles de santé mentale au pronostic le plus grave, leur sévérité augmente avec leur durée d'évolution sans soins. En conséquence, repérer précocement ces troubles est un enjeu de santé publique. En effet, on sait que les troubles des conduites alimentaires survenant chez des sujets jeunes font le lit de complications ultérieures à l'âge adulte aussi bien sur le plan de la santé somatique que sur le plan de la santé psychique et l'insertion sociale. Il est établi qu'un repérage et des soins précoces permettent une meilleure évolution, une moindre chronicisation et globalement un meilleur pronostic. Un bénéfice économique en résulterait également. Ce repérage précoce reste peu fréquent en France.

La revue de littérature réalisée dans ce travail corrobore nos propos ; elle montre qu'à ce jour, les professionnels exerçant dans le domaine de la santé, du sport, et scolaire les repèrent peu. Leurs connaissances sur le sujet sont assez hétérogènes. Mais ils sont dans l'ensemble en demande de formation car ils comprennent leur position clé dans ce repérage et les enjeux associés.

Ce travail met en évidence le fait que de nombreuses actions sont envisageables pour améliorer ce repérage. Au premier plan des actions à mener, l'amélioration de la formation initiale et continue aux TCA est primordiale chez les professionnels de santé, du sport et en milieu scolaire. De surcroît, des recommandations spécifiques à chaque profession pourraient être éditées et diffusées. Il paraît également nécessaire d'informer davantage les élèves, les étudiants et les sportifs. Des campagnes de prévention pourraient sensibiliser la population générale à repérer dans leur entourage. Enfin, une meilleure diffusion des ressources déjà existantes en France s'avérerait utile aussi bien pour les professionnels que pour la population.

D'autre part, la filière de soins spécialisés dans les TCA doit également mieux se structurer pour faciliter l'accès aux soins et être plus visible : des Projets territoriaux de Santé Mentale sont justement en cours de développement à cet effet, pour permettre à tous les acteurs

concernés de se rassembler dans des réseaux territoriaux de partenariats, pour structurer une offre de proximité.[129]

Cette réflexion sur le repérage amène de nouvelles perspectives de recherche. Certaines actions pourraient être mises en place puis leur effet sur le repérage serait évalué via de nouvelles études.

Tous ces éléments contribueraient à terme à ce que le repérage des troubles des conduites alimentaires soit plus précoce et que leur retentissement soit moindre.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] A. Flajolet, « Rapport Flajolet. La prévention : définitions et comparaisons. Annexe 1 : La prévention : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales. », Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris, 2008.
- [2] L. K.-D. Le, J. J. Barendregt, P. Hay, et C. Mihalopoulos, « Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis », *Clinical Psychology Review*, vol. 53, p. 46- 58, avr. 2017.
- [3] « Dépistage et prévention du cancer colorectal. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). » HAS, 2013.
- [4] J. I. Hudson, E. Hiripi, H. G. Pope, et R. C. Kessler, « The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Biological Psychiatry*, vol. 61, n° 3, p. 348- 358, févr. 2007.
- [5] H. W. Hoek et D. van Hoeken, « Review of the prevalence and incidence of eating disorders », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 34, n° 4, p. 383- 396, déc. 2003.
- [6] J. Arcelus, A. J. Mitchell, J. Wales, et S. Nielsen, « Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 68, n° 7, p. 724- 731, juill. 2011.
- [7] H. W. Hoek, « Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 19, n° 4, p. 389- 394, juill. 2006.
- [8] P. S. Mehler, M. J. Krantz, et K. V. Sachs, « Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa », *J Eat Disord*, vol. 3, p. 15, 2015.
- [9] N. Godart, C. Blanchet, I. Lyon, J. Wallier, et M. Corcos, « Troubles du comportement alimentaire à l'adolescence », *EMC - Endocrinologie - Nutrition*, vol. 6, n° 1, p. 1- 12, janv. 2009.
- [10] P. Guilbert *et al.*, « Conduites alimentaires perturbées et pensées suicidaires chez les adolescents : résultats d'une enquête nationale par téléphone », *Santé Publique*, vol. 13, n° 2, p. 113, 2001.
- [11] S. Yao *et al.*, « Familial Liability for Eating Disorders and Suicide Attempts: Evidence From a Population Registry in Sweden », *JAMA Psychiatry*, vol. 73, n° 3, p. 284, mars 2016.
- [12] D. M. R. Araujo, G. F. da S. Santos, et A. E. Nardi, « Binge eating disorder and depression: A systematic review », *The World Journal of Biological Psychiatry*, vol. 11, n° 2- 2, p. 199- 207, mars 2010.
- [13] H.-C. Steinhausen, « Outcome of Eating Disorders », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 18, n° 1, p. 225- 242, janv. 2009.
- [14] F. Lindblad, L. Lindberg, et A. Hjern, « Improved Survival in Adolescent Patients With Anorexia Nervosa: A Comparison of Two Swedish National Cohorts of Female Inpatients », *AJP*, vol. 163, n° 8, p. 1433- 1435, août 2006.
- [15] H.-C. Steinhausen, « The outcome of anorexia nervosa in the 20th century », *Am J Psychiatry*, vol. 159, n° 8, p. 1284- 1293, août 2002.
- [16] M. B. King, « Eating disorders in a general practice population. Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months », *Psychol Med Monogr Suppl*, vol. 14, p. 1- 34, 1989.
- [17] F. R. E. Smink, D. van Hoeken, et H. W. Hoek, « Epidemiology, course, and outcome of eating disorders », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 26, n° 6, p. 543- 548, nov. 2013.
- [18] W. Vandereycken, « Self-change in eating disorders: is "spontaneous recovery" possible? », *Eat Disord*, vol. 20, n° 2, p. 87- 98, 2012.
- [19] G. C. Patton, C. Coffey, J. B. Carlin, L. Sancic, et S. Sawyer, « Prognosis of adolescent partial syndromes of eating disorder », *British Journal of Psychiatry*, vol. 192, n° 04, p. 294- 299, avr. 2008.

- [20] The BELLA study group, B. Herpertz-Dahlmann, A. Dempfle, K. Konrad, F. Klasen, et U. Ravens-Sieberer, « Eating disorder symptoms do not just disappear: the implications of adolescent eating-disordered behaviour for body weight and mental health in young adulthood », *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 24, n° 6, p. 675- 684, juin 2015.
- [21] J. M. Liechty et M.-J. Lee, « Longitudinal predictors of dieting and disordered eating among young adults in the U.S.: Longitudinal Predictors of Disordered Eating », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 46, n° 8, p. 790- 800, déc. 2013.
- [22] N. Micali *et al.*, « Adolescent Eating Disorders Predict Psychiatric, High-Risk Behaviors and Weight Outcomes in Young Adulthood », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 54, n° 8, p. 652-659.e1, août 2015.
- [23] J. G. Johnson, P. Cohen, S. Kasen, et J. S. Brook, « Eating Disorders During Adolescence and the Risk for Physical and Mental Disorders During Early Adulthood », *Archives of General Psychiatry*, vol. 59, n° 6, p. 545, juin 2002.
- [24] A. Hilbert *et al.*, « Risk factors across the eating disorders », *Psychiatry Research*, vol. 220, n° 1- 2, p. 500- 506, déc. 2014.
- [25] H. J. Watson *et al.*, « Remission, continuation and incidence of eating disorders during early pregnancy: a validation study in a population-based birth cohort », *Psychological Medicine*, vol. 43, n° 08, p. 1723- 1734, août 2013.
- [26] M. A. Blais *et al.*, « Pregnancy: outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women », *Int J Eat Disord*, vol. 27, n° 2, p. 140- 149, mars 2000.
- [27] Haute Autorité de Santé, « Recommandations de bonnes pratiques. Anorexie mentale : prise en charge. Accessible en ligne sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf ». HAS, 2010.
- [28] National Institute for Health and Care Excellence., « Eating disorders : recognition and treatment. Full guideline. » NICE, 2016.
- [29] G. E. van Son, D. van Hoeken, E. F. van Furth, G. A. Donker, et H. W. Hoek, « Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort », *International Journal of Eating Disorders*, p. NA-NA, 2009.
- [30] C. Schoemaker, « Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the treatment-outcome literature », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 21, n° 1, p. 1- 15, janv. 1997.
- [31] J. Treasure et G. Russell, « The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 199, n° 1, p. 5- 7, juill. 2011.
- [32] N. T. Godart *et al.*, « Epidemiology of anorexia nervosa in a French community-based sample of 39,542 adolescents », *Open Journal of Epidemiology*, vol. 03, n° 02, p. 53- 61, 2013.
- [33] A. Keski-Rahkonen *et al.*, « Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community », *Am J Psychiatry*, vol. 164, n° 8, p. 1259- 1265, août 2007.
- [34] J. F. Morgan, F. Reid, et J. H. Lacey, « The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders », *BMJ*, vol. 319, n° 7223, p. 1467- 1468, déc. 1999.
- [35] A. J. Luck *et al.*, « The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study », *BMJ*, vol. 325, n° 7367, p. 755- 756, oct. 2002.
- [36] L. Perry *et al.*, « Screening for symptoms of eating disorders: reliability of the SCOFF screening tool with written compared to oral delivery », *Int J Eat Disord*, vol. 32, n° 4, p. 466- 472, déc. 2002.
- [37] A. Treille de Grandseigne, « Quel instrument pour repérer les troubles des conduites alimentaires en soins primaires : analyse d'une revue systématique de la littérature. », Thèse d'exercice, Tours, 2016.
- [38] F. D. Garcia, S. Grigioni, S. Chelali, G. Meyrignac, F. Thibaut, et P. Dechelotte, « Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults », *The World Journal of Biological Psychiatry*, vol. 11, n° 7, p. 888- 893, oct. 2010.

- [39] E. Zakhem, R. E. Hage, T. Pez , R. Hurdie, G. Zunquin, et D. Theunynck, « Facteurs associés   la suspicion de troubles du comportement alimentaire chez des étudiants de l'Universit  du Littoral Côte d'Opale », ao t 2015.
- [40] A. Keski-Rahkonen *et al.*, « Reliability of self-reported eating disorders: Optimizing population screening », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 39, n  8, p. 754- 762, d c. 2006.
- [41] A. K. Graham *et al.*, « A Screening Tool for Detecting Eating Disorder Risk and Diagnostic Symptoms among College-Age Women », *Journal of American College Health*, p. 1- 27, juill. 2018.
- [42] M. S. Bursten et J. Brose, « Detecting and Treating Bulimia Nervosa: How Involved Are Family Physicians? », p. 8.
- [43] P. HUGO, T. KENDRICK, F. REID, et H. LACEY, « GP referral to an eating disorder service: why the wide variation? », *British Journal of General Practice*, p. 4, 2000.
- [44] C. Flahavan, « Detection, assessment and management of eating disorders; how involved are GPs? », *Irish Journal of Psychological Medicine*, vol. 23, n  03, p. 96- 99, sept. 2006.
- [45] H. Green, « General practitioner attitudes towards referral of eating-disordered patients: a vignette study based on the theory of planned behaviour », p. 6.
- [46] L. Currin, G. Waller, et U. Schmidt, « Primary care physicians' knowledge of and attitudes toward the eating disorders: Do they affect clinical actions? », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 42, n  5, p. 453- 458, juill. 2009.
- [47] D. Hunt et R. Churchill, « Diagnosing and managing anorexia nervosa in UK primary care: a focus group study », *Family Practice*, vol. 30, n  4, p. 459- 465, ao t 2013.
- [48] A. Higgins et S. Cahn, « Detection of anorexia nervosa in primary care », *Eating Disorders*, p. 1- 16, d c. 2017.
- [49] S. A. Swanson, S. J. Crow, D. Le Grange, J. Swendsen, et K. R. Merikangas, « Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 68, n  7, p. 714- 723, juill. 2011.
- [50] S. Myers et J. Treasure, *A General Practitioner's guide to eating disorders*. Londres, 1993.
- [51] « Bulimia: The Princess Diana Eating Disorder ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.mirror-mirror.org/princess-diana-eating-disorder.htm>.
- [52] E. C. Ogg, H. R. Millar, E. E. Pusztai, et A. S. Thom, « General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 22, n  1, p. 89- 93, juill. 1997.
- [53] B. Lask, R. Bryant-Waugh, F. Wright, M. Campbell, K. Willoughby, et G. Waller, « Family physician consultation patterns indicate high risk for early-onset anorexia nervosa », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 38, n  3, p. 269- 272, nov. 2005.
- [54] M. J. Mallick, « Anorexia Nervosa and Bulimia: Questions and Answers for School Personnel », *Journal of School Health*, vol. 54, n  8, p. 299- 301, sept. 1984.
- [55] J. A. Price, S. M. Desmond, J. H. Price, et A. Mossing, « School counselors' knowledge of eating disorders », *Adolescence*, vol. 25, n  100, p. 945- 957, 1990.
- [56] T. Mann, S. Nolen-Hoeksema, K. Huang, et D. Burgard, « Are Two Interventions Worse Than None? Joint Primary and Secondary Prevention of Eating Disorders in College Females », p. 11.
- [57] P. S. Chally, « An Eating Disorders Prevention Program », *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, vol. 11, n  2, p. 51- 60, juin 1998.
- [58] C. M. D'Souza, S. F. Forman, et S. B. Austin, « Follow-up evaluation of a high school eating disorders screening program: Knowledge, awareness and self-referral », *Journal of Adolescent Health*, vol. 36, n  3, p. 208- 213, mars 2005.
- [59] A. E. Becker, D. L. Franko, K. Nussbaum, et D. B. Herzog, « Secondary prevention for eating disorders: The impact of education, screening, and referral in a college-based screening program », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 36, n  2, p. 157- 162, sept. 2004.

- [60] J. L. Harshbarger, C. R. Ahlers-Schmidt, M. Atif, E. Allred, M. Carroll, et R. Hauser, « School counselors' knowledge of eating disorders », *Eat Weight Disord*, vol. 16, n° 2, p. e131-136, juin 2011.
- [61] A. E. Becker, D. L. Franko, A. Speck, et D. B. Herzog, « Ethnicity and differential access to care for eating disorder symptoms », *Int J Eat Disord*, vol. 33, n° 2, p. 205- 212, mars 2003.
- [62] S. B. Austin, N. J. Ziyadeh, S. Forman, L. A. Prokop, A. Keliher, et D. Jacobs, « Screening high school students for eating disorders: results of a national initiative », *Prev Chronic Dis*, vol. 5, n° 4, p. A114, oct. 2008.
- [63] J. L. Vaughan, K. A. King, et R. R. Cottrell, « Collegiate Athletic Trainers' Confidence in Helping Female Athletes With Eating Disorders », p. 6.
- [64] R. Trattner Sherman, R. A. Thompson, D. Dehass, et M. Wilfert, « NCAA Coaches Survey: The Role of the Coach in Identifying and Managing Athletes with Disordered Eating », *Eating Disorders*, vol. 13, n° 5, p. 447- 466, oct. 2005.
- [65] R. S. Manley, K. M. O'Brien, et S. Samuels, « Fitness Instructors' Recognition of Eating Disorders and Attendant Ethical/Liability Issues », *Eating Disorders*, vol. 16, n° 2, p. 103- 116, mars 2008.
- [66] C. M. Bonci *et al.*, « National Athletic Trainers' Association Position Statement: Preventing, Detecting, and Managing Disordered Eating in Athletes », *Journal of Athletic Training*, vol. 43, n° 1, p. 80- 108, janv. 2008.
- [67] S. Bratland-Sanda et J. Sundgot-Borgen, « "I'm concerned - What Do I Do?" recognition and management of disordered eating in fitness center settings: Disordered Eating In Fitness Center Settings », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 48, n° 4, p. 415- 423, mai 2015.
- [68] A. E. Wojtowicz, A. S. Alberga, C. G. Parsons, et K. M. von Ranson, « Perspectives of Canadian fitness professionals on exercise and possible anorexia nervosa », *Journal of Eating Disorders*, vol. 3, n° 1, déc. 2015.
- [69] J. Sundgot-Borgen et M. K. Torstveit, « Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population », *Clin J Sport Med*, vol. 14, n° 1, p. 25- 32, janv. 2004.
- [70] R. D. DeBate, L. A. Tedesco, et W. E. Kerschbaum, « Knowledge of oral and physical manifestations of anorexia and bulimia nervosa among dentists and dental hygienists », *J Dent Educ*, vol. 69, n° 3, p. 346- 354, mars 2005.
- [71] R. D. DeBate, S. B. Plichta, L. A. Tedesco, et W. E. Kerschbaum, « Integration of Oral Health Care and Mental Health Services: Dental Hygienists' Readiness and Capacity for Secondary Prevention of Eating Disorders », *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, vol. 33, n° 1, p. 113- 125, févr. 2006.
- [72] R. D. DeBate *et al.*, « Evaluation of a theory-driven e-learning intervention for future oral healthcare providers on secondary prevention of disordered eating behaviors », *Health Educ Res*, vol. 28, n° 3, p. 472- 487, juin 2013.
- [73] A.-K. Johansson, A. Johansson, E. Nohlert, C. Norring, A. N. Åstrøm, et Å. Tegelberg, « Eating disorders - knowledge, attitudes, management and clinical experience of Norwegian dentists », *BMC Oral Health*, vol. 15, n° 1, déc. 2015.
- [74] J. F. Morgan, « Eating disorders and gynecology, knowledge and attitudes among clinicians », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 78, n° 3, p. 233- 239.
- [75] L. Michala et A. Antsaklis, « Anorexia nervosa: a psychiatric illness with gynecological manifestations. A survey of knowledge and practice among Greek gynecologists », *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 153, n° 2, p. 170- 172, déc. 2010.
- [76] M. C. Kimmel, E. H. Ferguson, S. Zerwas, C. M. Bulik, et S. Meltzer-Brody, « Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 49, n° 3, p. 260- 275.

- [77] A. Gumz, A. Weigel, K. Wegscheider, G. Romer, et B. Löwe, « The psychenet public health intervention for anorexia nervosa: a pre–post-evaluation study in a female patient sample », *Primary Health Care Research & Development*, vol. 19, n° 01, p. 42- 52, janv. 2018.
- [78] W. R. Jones, S. Saeidi, et J. F. Morgan, « Knowledge and Attitudes of Psychiatrists Towards Eating Disorders: Eating Disorder Mental Health Literacy of Psychiatrists », *European Eating Disorders Review*, vol. 21, n° 1, p. 84- 88, janv. 2013.
- [79] H. Riaz, W. R Jones, C. Donnellan, M. Masood, et S. Saeidi, « Knowledge and attitudes of gastroenterologists towards eating disorders », janv. 2017.
- [80] Y. Sato et S. Fukudo, « Gastrointestinal symptoms and disorders in patients with eating disorders », *Clin J Gastroenterol*, vol. 8, n° 5, p. 255- 263, oct. 2015.
- [81] « Santé mentale et psychiatrie : Agnès Buzyn présente sa feuille de route pour changer le regard sur la santé mentale et les personnes atteintes de troubles psychiques. Accessible en ligne sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628-cp_sante_mentale_et_psychiatrie_-ccmp-.pdf », Ministère de la santé et des solidarités, Paris, Communiqué de Presse, juin 2018.
- [82] S. Fennig et A. Hadas, « Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders », *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 64, n° 1, p. 32- 39, janv. 2010.
- [83] C. Huas *et al.*, « Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 123, n° 1, p. 62- 70, 2010.
- [84] K. Neubauer *et al.*, « Paths to First Treatment and Duration of Untreated Illness in Anorexia Nervosa: Are There Differences According to Age of Onset? », *European Eating Disorders Review*, vol. 22, n° 4, p. 292- 298, 2014.
- [85] K. L. Allen, T. A. Mori, L. Beilin, S. M. Byrne, S. Hickling, et W. H. Oddy, « Dietary intake in population-based adolescents: support for a relationship between eating disorder symptoms, low fatty acid intake and depressive symptoms », *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, vol. 26, n° 5, p. 459- 469.
- [86] J. Treasure, D. Stein, et S. Maguire, « Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence: A staging model for eating disorders », *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 9, n° 3, p. 173- 184, juin 2015.
- [87] L. Fonville, V. Giampietro, S. C. R. Williams, A. Simmons, et K. Tchanturia, « Alterations in brain structure in adults with anorexia nervosa and the impact of illness duration », *Psychological Medicine*, vol. 44, n° 9, p. 1965- 1975, juill. 2014.
- [88] M. E. Roberts, K. Tchanturia, et J. L. Treasure, « Exploring the neurocognitive signature of poor set-shifting in anorexia and bulimia nervosa », *Journal of Psychiatric Research*, vol. 44, n° 14, p. 964- 970, oct. 2010.
- [89] H. Davies, U. Schmidt, D. Stahl, et K. Tchanturia, « Evoked facial emotional expression and emotional experience in people with anorexia nervosa », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 44, n° 6, p. 531- 539, sept. 2011.
- [90] H. P. Caglar-Nazali *et al.*, « A systematic review and meta-analysis of ‘Systems for Social Processes’ in eating disorders », *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, vol. 42, p. 55- 92, mai 2014.
- [91] M. P. Levine, « Loneliness and eating disorders », *J Psychol*, vol. 146, n° 1- 2, p. 243- 257, avr. 2012.
- [92] B. R. Cargill, M. M. Clark, V. Pera, R. S. Niaura, et D. B. Abrams, « Binge Eating, Body Image, Depression, and Self-Efficacy in an Obese Clinical Population », *Obesity Research*, vol. 7, n° 4, p. 379- 386.
- [93] « The Butterfly report. Paying the price : The economic and social impact of eating disorders in Australia. » Deloitte Access Economics, 2012.
- [94] M.-A. Cotton, C. Ball, et P. Robinson, « Four simple questions can help screen for eating disorders », *J Gen Intern Med*, vol. 18, n° 1, p. 53- 56, janv. 2003.

- [95] B. G. Link, « Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection », *American Sociological Review*, vol. 52, n° 1, p. 96- 112, 1987.
- [96] J. S. Cadwallader, « TCA-MG : Prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires par les médecins généralistes français. », *Santé publique et épidémiologie*, Paris Saclay, 2018.
- [97] A. Gyani, N. Pumphrey, H. Parker, R. Shafran, et S. Rose, « Investigating the use of NICE guidelines and IAPT services in the treatment of depression », *Ment Health Fam Med*, vol. 9, n° 3, p. 149- 160, sept. 2012.
- [98] L. Currin *et al.*, « The use of guidelines for dissemination of “best practice” in primary care of patients with eating disorders », *Int J Eat Disord*, vol. 40, n° 5, p. 476- 479, juill. 2007.
- [99] W. Vandereycken, « Denial of illness in anorexia nervosa—a conceptual review: part 1 diagnostic significance and assessment », *European Eating Disorders Review*, vol. 14, n° 5, p. 341- 351.
- [100] O. Johnston, G. Fornai, S. Cabrini, et T. Kendrick, « Feasibility and acceptability of screening for eating disorders in primary care », *Family Practice*, vol. 24, n° 5, p. 511- 517, août 2007.
- [101] U. Schmidt, A. Brown, J. McClelland, D. Glennon, et V. A. Mountford, « Will a comprehensive, person-centered, team-based early intervention approach to first episode illness improve outcomes in eating disorders?: Early Intervention for First Episode Eating Disorders », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 49, n° 4, p. 374- 377, avr. 2016.
- [102] Beat (Beating Eating Disorders), « Annual review 2013-2014 ». 2014.
- [103] M. Grigg, J. Bowman, et S. Redman, « Disordered Eating and Unhealthy Weight Reduction Practices among Adolescent Females », *Preventive Medicine*, vol. 25, n° 6, p. 748- 756, nov. 1996.
- [104] N. Micali, K. W. Hagberg, I. Petersen, et J. L. Treasure, « The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database », *BMJ Open*, vol. 3, n° 5, p. e002646, 2013.
- [105] F. R. E. Smink, D. van Hoeken, et H. W. Hoek, « Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates », *Current Psychiatry Reports*, vol. 14, n° 4, p. 406- 414, août 2012.
- [106] A. Keshaviah *et al.*, « Re-examining premature mortality in anorexia nervosa: A meta-analysis redux », *Comprehensive Psychiatry*, vol. 55, n° 8, p. 1773- 1784, nov. 2014.
- [107] J. McGrath, S. Saha, D. Chant, et J. Welham, « Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality », *Epidemiol Rev*, vol. 30, n° 1, p. 67- 76, nov. 2008.
- [108] A. Aleman, R. S. Kahn, et J.-P. Selten, « Sex Differences in the Risk of Schizophrenia: Evidence From Meta-analysis », *Arch Gen Psychiatry*, vol. 60, n° 6, p. 565- 571, juin 2003.
- [109] E. L. Messias, C.-Y. Chen, et W. W. Eaton, « Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths », *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 30, n° 3, p. 323- 338, sept. 2007.
- [110] S. Saha, D. Chant, et J. McGrath, « A Systematic Review of Mortality in Schizophrenia: Is the Differential Mortality Gap Worsening Over Time? », *Arch Gen Psychiatry*, vol. 64, n° 10, p. 1123- 1131, oct. 2007.
- [111] B. A. Palmer, V. S. Pankratz, et J. M. Bostwick, « The Lifetime Risk of Suicide in Schizophrenia: A Reexamination », *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° 3, p. 247, mars 2005.
- [112] L. Souaiby, R. Gaillard, et M.-O. Krebs, « Durée de psychose non traitée : état des lieux et analyse critique », *L'Encéphale*, vol. 42, n° 4, p. 361- 366, août 2016.
- [113] N. Charrier, K. Chevreul, et I. Durand-Zaleski, « Le coût de la schizophrénie : revue de la littérature internationale », *L'Encéphale*, vol. 39, p. S49- S56, mai 2013.
- [114] M. Cloutier *et al.*, « The Economic Burden of Schizophrenia in the United States in 2013 », *J Clin Psychiatry*, vol. 77, n° 6, p. 764- 771, juin 2016.
- [115] P. D. McGorry, « Early Intervention in Psychosis: Obvious, Effective, Overdue », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 203, n° 5, p. 310- 318, mai 2015.

- [116] D. Whitehorn et L. Kopala, « The Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventive Approach. », *Can Child Adolesc Psychiatr Rev*, vol. 12, n° 1, p. 28- 29, févr. 2003.
- [117] I. Melle *et al.*, « Reducing the Duration of Untreated First-Episode Psychosis: Effects on Clinical Presentation », *Arch Gen Psychiatry*, vol. 61, n° 2, p. 143- 150, févr. 2004.
- [118] A. Oppetit *et al.*, « The C'JAAD: a French team for early intervention in psychosis in Paris: An early intervention team in Paris », *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 12, n° 2, p. 243- 249, avr. 2018.
- [119] N. Reynolds, P. Wuyts, S. Badger, P. Fusar-Poli, P. McGuire, et L. Valmaggia, « The impact of delivering GP training on the clinical high risk and first-episode psychosis on referrals and pathways to care », *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 9, n° 6, p. 459- 466.
- [120] G. Zalsman *et al.*, « Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review », *The Lancet Psychiatry*, vol. 3, n° 7, p. 646- 659, juill. 2016.
- [121] D. Wasserman *et al.*, « School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial », *The Lancet*, vol. 385, n° 9977, p. 1536- 1544, avr. 2015.
- [122] J. Á. BITSCH, R. RAMOS, T. IX, P. G. FERRER-CHENG, et K. WEHRLE, « Psychologist in a Pocket: Towards », p. 6.
- [123] A. V. Mendes, S. R. Loureiro, J. A. Crippa, C. de M. Gaya, L. García-Esteve, et R. Martín-Santos, « Mothers with Depression, School-Age Children with Depression? A Systematic Review », *Perspectives in Psychiatric Care*, vol. 48, n° 3, p. 138- 148.
- [124] D. I. Lubman, A. Cheetham, B. J. Berridge, et L. McKay-Brown, « MAKINGtheLINK: A school-based intervention to improve help-seeking for substance use problems », *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 0, n° 0.
- [125] B. J. Berridge, K. Hall, P. Dillon, L. Hides, et D. I. Lubman, « MAKINGtheLINK: a school-based health promotion programme to increase help-seeking for cannabis and mental health issues among adolescents », *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 5, n° 1, p. 81- 88.
- [126] M. Laurent, Y. Comin, et D. Purper-Ouakil, « Les enfants avec un trouble déficit de l'attention / hyperactivité et leur scolarité. » Académie de Paris.
- [127] N. Godart, « Soins et accompagnement des personnes souffrant de TCA et de leur entourage. », présenté à Rapport d'audition des professionnels, Direction Générale de l'offre de soins, Paris, 2018.
- [128] « HAS - Document d'information destiné aux familles et aux patients, Anorexie mentale : Prise en charge. Juin 2010. Accessible en ligne sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/3ebaf_s_famillepatient_anorexie_2209.pdf
- [129] « Feuille de route : santé mentale et psychiatrie. Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie. Accessible en ligne sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf ». Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018.
- [130] M. Corcos, « La maternité-perpétuité des mères vierges », *Le Carnet PSY*, n° 196, p. 35- 40, mars 2016.
- [131] M. Freizinger, D. L. Franko, M. Dacey, B. Okun, et A. D. Domar, « The prevalence of eating disorders in infertile women », *Fertil. Steril.*, vol. 93, n° 1, p. 72- 78, janv. 2010.
- [132] I. Barbosa Magalhaes, M. Corcos, et A. Pham Scottez, « Pompe à GnRH : la grossesse à l'épreuve de l'anorexie mentale ? », *European Psychiatry*, vol. 30, n° 8, Supplement, p. S118, nov. 2015.
- [133] N. Godart, M. Hanachi, E. Lavie, et M. Grynberg, « Vous avez dit troubles des conduites alimentaires : anorexie mentale, boulimie et... hyperphagie boulimique ? », *La lettre du gynécologue*, n° 412, 2018.
- [134] « ACOG Committee Opinion No. 740: Gynecologic Care for Adolescents and Young Women With Eating Disorders », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 131, n° 6, p. e205, juin 2018.
- [135] G. Rodin *et al.*, « Eating disorders in young women with type 1 diabetes mellitus », *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 53, n° 4, p. 943- 949, oct. 2002.

- [136] A. Larrañaga, M. F. Docet, et R. V. García-Mayor, « Disordered eating behaviors in type 1 diabetic patients », *World J Diabetes*, vol. 2, n° 11, p. 189- 195, nov. 2011.
- [137] N. Godart, M. Hanachi, et S. Guillaume, « Perturbations des conduites alimentaires, adolescence et diabète. Quand penser à un trouble alimentaire et que faire ? », *Diabète et obésité*, vol. 12, n° 104, p. 14- 21, janv. 2017.
- [138] J. T. Markowitz, D. A. Butler, L. K. Volkening, J. E. Antisdel, B. J. Anderson, et L. M. B. Laffel, « Brief Screening Tool for Disordered Eating in Diabetes: Internal consistency and external validity in a contemporary sample of pediatric patients with type 1 diabetes », *Diabetes Care*, vol. 33, n° 3, p. 495- 500, mars 2010.
- [139] C. S. Zuijdwijk, S. A. Parry, J. J. Dowden, A. M. Dominic, T. Bridger, et L. A. Newhook, « The mSCOFF for Screening Disordered Eating in Pediatric Type 1 Diabetes », *Diabetes Care*, vol. 37, n° 2, p. e26- e27, févr. 2014.
- [140] « Pharmacy and Eating Disorders : A professional resource developed by the National Eating Disorders Collaboration ». Accessible en ligne sur : <https://www.nedc.com.au/assets/NEDC-Resources/NEDC-Resource-Pharmacists.pdf>
- [141] M.-R. Moro et J.-L. Brison, « Mission Bien-être et santé des jeunes », Ministère des Solidarités et de la Santé, Paris, Rapport public, 2016.
- [142] « Eating Disorders in Schools : Prevention, Early Identification and Response ». Accessible en ligne sur : <https://www.nedc.com.au/assets/NEDC-Resources/NEDC-Resource-Schools.pdf>
- [143] M. B. H. Yap, N. Reavley, et A. F. Jorm, « Where would young people seek help for mental disorders and what stops them? Findings from an Australian national survey », *J Affect Disord*, vol. 147, n° 1- 3, p. 255- 261, mai 2013.
- [144] « Document d'information. L'anorexie mentale : et si ça me concernait ? Recommandations pour la pratique clinique. » HAS, 2010. Accessible en ligne sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/2ebaf_s_synthese_patient_anorexie_2209.pdf
- [145] M.-C. Wilhelm, « Compréhension du fonctionnement de l'appel à la peur et du rôle médiateur de la réactance situationnelle en communication préventive de l'anorexie. », Thèse, Psychologie, Université de Grenoble, 2014.
- [146] « Document d'information destiné aux familles et aux patients. Anorexie mentale : prise en charge. Recommandations pour la pratique clinique. » HAS, 2010.
- [147] « Eating disorders. First aid guidelines. » Mental Health First Aid Australia, 2008.
- [148] J. Monthuy-Blanc, C. Maïano, P. Therme, J. Pruvost, M.-C. Lanfranchi, et J.-M. Serra, « Guide de recommandations : Prévention des troubles des comportements alimentaires des sportifs ». Direction Régionale et Départementale Provence Alpes Côte d'Azur, 2010.
- [149] Réseau « sport et troubles alimentaires », « Poids et performance. Sportifs êtes-vous concernés ? Réalité des troubles alimentaires en milieu sportif ». 2016.
- [150] H. Bould *et al.*, « Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 132, n° 1, p. 51- 59.
- [151] « Accès aux soins : Agnès Buzyn et Frédérique Vidal saluent la reconnaissance officielle de la pratique avancée infirmière. », Ministère des Solidarités et de la Santé, Paris, Communiqué de Presse, juill. 2018.
- [152] « Communiqué de presse du ministère de la santé du 28/06/18 accessible à cette adresse : <http://solidarites-sante.gouv.fr/> ». .
- [153] DGOS et DGCS, « Maison des adolescents, bilan. Accessible en ligne sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_du_programme_2005-2010_des_maisons_des_adolescents.pdf ». 2011.
- [154] D. E. Nicholls et I. Yi, « Early intervention in eating disorders: a parent group approach: EI in eating disorders », *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 6, n° 4, p. 357- 367, nov. 2012.
- [155] C. Buis, « Le réseau régional des centres référents TCA en Rhône-Alpes », CHU Grenoble, 2016.

- [156] J. McClelland *et al.*, « A pilot evaluation of a novel First Episode and Rapid Early Intervention service for Eating Disorders (FREED) », *European Eating Disorders Review*, vol. 26, n° 2, p. 129- 140.
- [157] A. Brown, J. McClelland, E. Boysen, V. Mountford, D. Glennon, et U. Schmidt, « The FREED Project (first episode and rapid early intervention in eating disorders): service model, feasibility and acceptability: Early intervention in eating disorders », *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 12, n° 2, p. 250- 257, avr. 2018.

Annexe 1 – Cas clinique Anna

Anna est une patiente qui consulte la première fois en centre spécialisé en juin 2017, tardivement car elle a perdu 12 kilos en 1 an.

Elle est hospitalisée pour anorexie mentale restrictive en septembre 2017. Les troubles alimentaires sont alors déjà présents depuis plus d'un an (été 2016). Concernant son histoire de vie, on relève des périodes difficiles pour Anna : ses parents se sont séparés quand elle avait 4 ans, et elle a assisté à des scènes de violences physiques et verbales. Anna s'est ensuite retrouvée dans des situations de conflits de loyauté entre ses deux parents, surtout par rapport à la question de la garde. Sa mère a également un TCA de type boulimie/anorexie pour lequel elle a déjà été hospitalisée dans l'enfance d'Anna et elle rapporte en sus un antécédent de dépression. Anna décrit des scènes de chantage au suicide ; elle revient notamment sur un épisode de menace auto-agressive au couteau par sa mère, et une hétéro-agressivité à son égard (tentative d'étouffement).

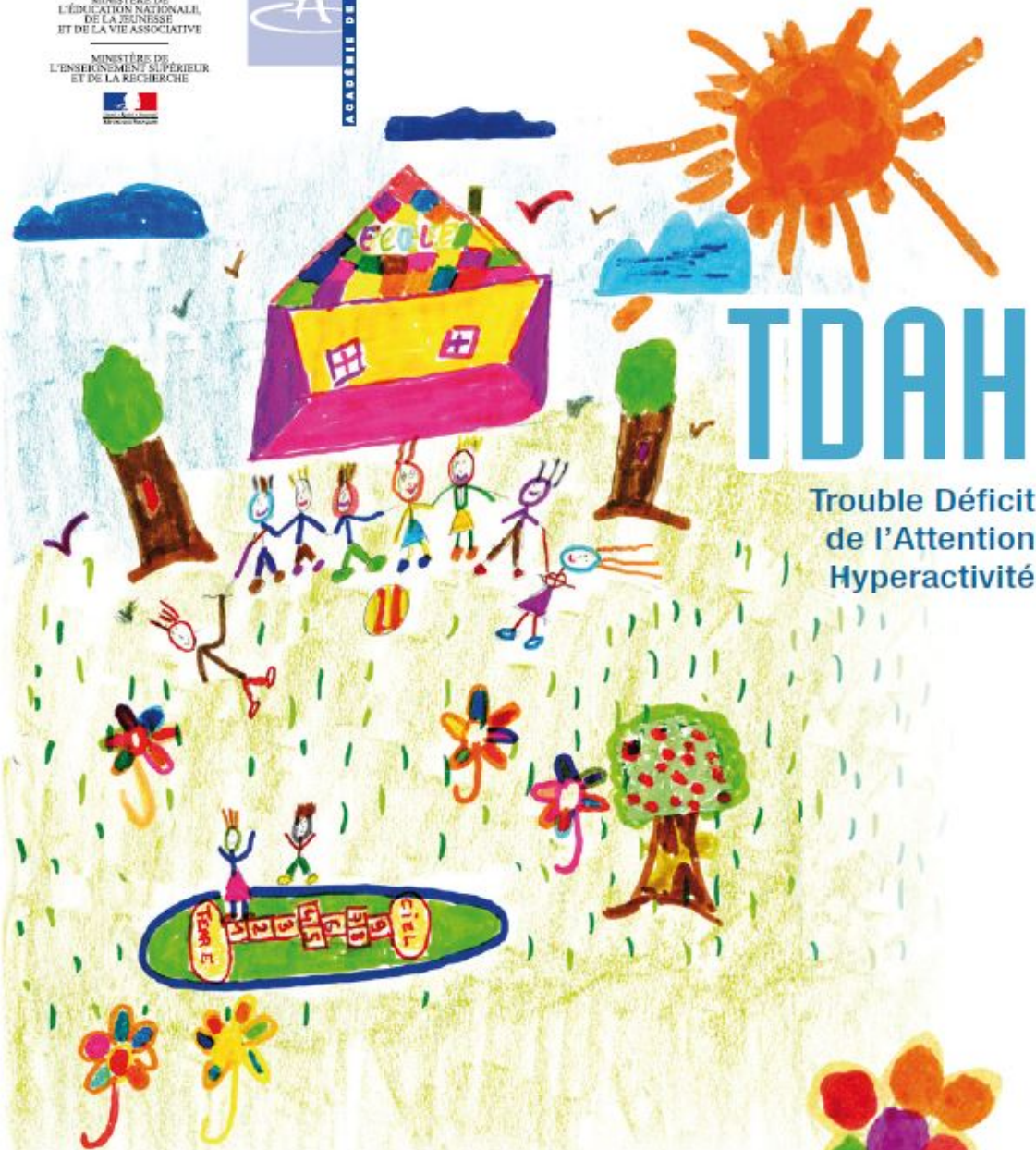
Puis au collège, Anna a été victime de harcèlement par des élèves de sa classe (moqueries, insultes). Elle aurait subi à cette époque des réflexions de la part de camarades du collège, dont un jeune homme de qui elle était « amoureuse », sur sa corpulence (1,73m, 61kg : IMC 20.3 kg/m²).

Par la suite, elle a progressivement augmenté ses activités sportives (danse, via ferrata...) dans l'optique de perdre du poids, puis des restrictions quantitatives et qualitatives se sont installées progressivement, jusqu'à aboutir à une quasi-aphagie quelques mois avant le début de la prise en charge à l'IMM. Suite à un conseil d'une collègue, la mère d'Anna décide de prendre rendez-vous à l'IMM pour sa fille. Cependant, les symptômes sont déjà installés depuis un an, et Anna ne parvient pas à se réalimenter en ambulatoire. Une hospitalisation est donc rapidement décidée devant la stagnation pondérale ; à son admission, l'IMC était de 15.6 kg/m² (45.6 kg).

académie
Paris

MINISTÈRE DE
L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE LA JEUNESSE
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

MINISTÈRE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE



TDAH

Trouble Déficit
de l'Attention
Hyperactivité

Les enfants avec un
Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité
et leur scolarité

TDAH et scolarité

1. Qu'est-ce que c'est que le TDAH ?

Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est une maladie neurologique dont le diagnostic est réalisé grâce au recours à des évaluations pluridisciplinaires (psychiatre ou neurologue, neuropsychologue, psychologue).

Le TDAH correspond à un ensemble de difficultés, touchant 4 aspects, avec un retentissement variable sur le fonctionnement de l'enfant et son investissement à l'école :

Le diagramme central est un cercle noir avec 'TDAH' écrit en blanc à l'intérieur. Quatre flèches pointent vers ce cercle depuis quatre zones textuelles situées aux coins. Chaque zone est intitulée 'Aspects' suivi d'un domaine (cognitifs, émotionnels, sociaux, moteurs) et contient une liste de symptômes ou de caractéristiques.

- Aspects cognitifs**
(inattention, désorganisation, impulsivité, mauvaise gestion du temps...)
- Aspects émotionnels**
(instabilité affective, faible seuil de tolérance à la frustration, impatience...)
- Aspects sociaux**
(désinhibition, retrait social, faible jugement social...)
- Aspects moteurs**
(agitation excessive, hyperactivité, difficultés de coordination motrice...)

Le TDAH, 3 caractéristiques essentielles :

- ➔ **L'inattention** : difficulté à soutenir son attention et à la moduler, difficulté à sélectionner les informations pertinentes, manque d'organisation. MAIS si motivation dans une activité stimulante qui suscite un grand intérêt (les activités sportives par exemple), alors bonnes capacités de concentration possibles !
- ➔ **L'impulsivité verbale/motrice/sociale** : parler et agir avant de réfléchir, difficulté à percevoir le lien entre ses actes et leurs conséquences, manque de patience, couper souvent la parole, être brusque, délaisser rapidement une activité pour une autre, être parfois envahissant avec les autres et irrespectueux.
- ➔ **L'hyperactivité** : remuer exagérément les mains et les pieds sans raison, avoir du mal à se tenir tranquille, parler trop, courir et grimper partout de manière inappropriée.

3 formes distinctes de TDAH :

1. Combinaison des 3 symptômes :
➔ hyperactivité + impulsivité + inattention
2. Prédominance de 2 symptômes :
➔ hyperactivité + impulsivité
3. Prédominance d'1 seul symptôme :
➔ inattention

◀ 2. Exemples pour repérer un enfant TDAH dans une classe

Si la confirmation du diagnostic de TDAH nécessite une évaluation spécialisée, les signes suivants constituent des éléments de repérage possibles :

- ➔ il déborde d'énergie / il ne reste pas tranquille, il bouge exagérément
- ➔ il est infatigable, il épuise tout le monde,
- ➔ il manque de frein dans le contrôle de ses idées, de ses émotions et de ses mouvements / il parle et agit avant de réfléchir,
- ➔ il peut agir de manière immature, sans percevoir les conséquences de ses actes ou de ses décisions,
- ➔ il a des difficultés à attendre / il n'a pas de repère dans le temps,
- ➔ il coupe souvent la parole et répond avant la fin de la question,
- ➔ il a l'esprit ailleurs, « dans la lune », il regarde par la fenêtre / il se laisse distraire, mais s'il est motivé par une activité qui l'intéresse il peut réussir à se concentrer longtemps,
- ➔ il est peu organisé, il oublie ou perd souvent ses affaires,
- ➔ il a besoin qu'on s'occupe de lui continuellement,
- ➔ ses devoirs sont mal faits ou non faits,
- ➔ il fait beaucoup de fautes d'étourderies dans son travail / il n'apprend pas de ses erreurs,
- ➔ il manque de persévérance dans l'effort et termine rarement ce qu'il commence,
- ➔ tous les apprentissages sont difficiles, mais ses résultats scolaires ne semblent pas refléter ses réelles compétences,
- ➔ il présente des troubles du comportement en situation de groupe, il est impulsif, il se bagarre facilement et ne respecte pas les règles de base.

Annexe 3

Questionnaire DEPS-R

Losing weight is an important goal to me

I skip meals and/or snacks

Other people have told me that my eating is out of control

When I overeat, I don't take enough insulin to cover the food

I eat more when I am alone than when I am with others

I feel that it's difficult to lose weight and control my diabetes at the same time

I avoid checking my blood sugar when I feel like it is out of range

I make myself vomit

I try to keep my blood sugar high so that I will lose weight

I try to eat to the point of spilling ketones in my urine

I feel fat when I take all of my insulin

Other people tell me to take better care of my diabetes

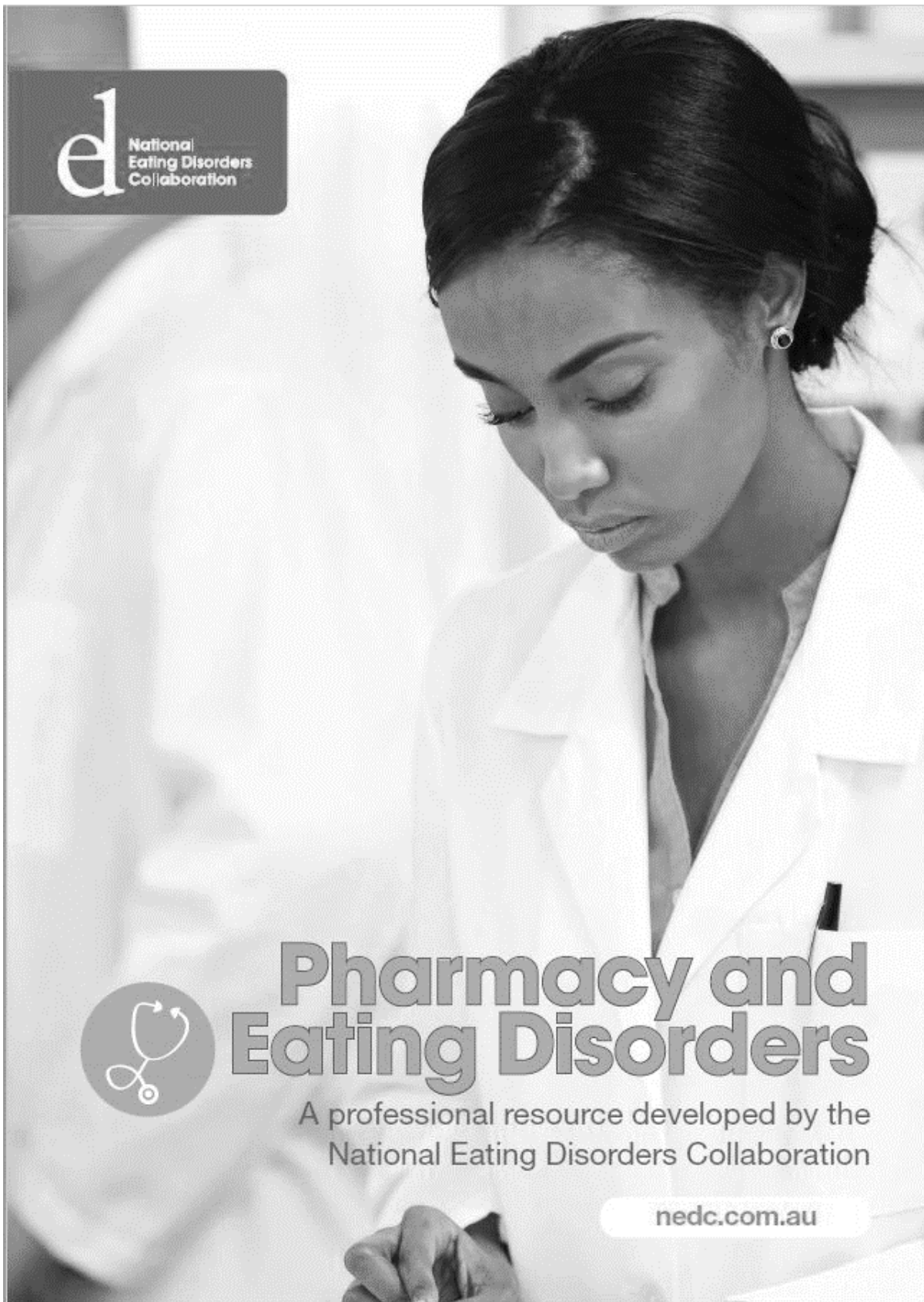
After I overeat, I skip my next insulin dose

I feel that my eating is out of control


I alternate between eating very little and eating huge amounts

I would rather be thin than to have good control of my diabetes

*Reverse-scored items. †Items are answered on a 6-point Likert scale: 0 never, 1 rarely, 2 sometimes, 3 often, 4 usually, 5 always



e National Eating Disorders Collaboration

 **Pharmacy and Eating Disorders**

A professional resource developed by the National Eating Disorders Collaboration

nedc.com.au

Signs and Symptoms

Eating disorders are often accompanied by a range of warning signs, symptoms and complications. These include:

- Weight loss or fluctuation, growth retardation, short stature
- Yellowing of skin due to carotenemia
- Dry scaly skin with fine, soft hair
- Brittle hair & nails
- Swollen parotid glands
- Lethargy, fainting & orthostatic hypotension
- Irregular menstrual cycles or amenorrhea
- Endocrine abnormalities from low body weight: decreased serum LH, FSH, DHEA, IGF-I, leptin; increased serum GH & cortisol
- Bone marrow suppression: mild anemia, leukopenia, thrombocytopenia
- Cardiac impairment: bradycardia, orthostatic hypotension, arrhythmias
- Gastrointestinal dysfunction: nausea, constipation, diarrhoea, abdominal pain, bloating, Mallory-Weiss tears, Barret esophagus, acute pancreatitis, gallstones
- Neurologic impairment: peripheral neuropathy, myopathy, headaches, seizures
- Related to vomiting: swelling around the cheeks or jaws, calluses on knuckles, damage to teeth, bad breath, frequent sore throat, fluid & electrolyte abnormalities
- Psychiatric comorbidities: depression, anxiety, obsessive compulsive disorder, bipolar disorder or personality disorder

All of these may be signs or symptoms of disordered eating behaviour, including restrictive eating, frequent purging and nutritional deficiencies or starvation. If you notice any of these signs, initiating a discussion with the patient to determine the cause of the problems is essential.

However, patients may not be open or honest about their disordered eating behaviour. A person with disordered eating issues will often go to great lengths to disguise or hide their problem, they may be afraid to ask for help, and in some cases, they may not even realise they have a problem.

Patients will commonly present for weight loss medications or interventions. Recognising the above signs and symptoms will assist you in providing appropriate advice to the patient. Encouraging the patient to disclose or discuss their problem and seek help is vital.

Medication and Eating Disorders

Medication used in Treatment of Eating Disorders

Serotonin-augmenting antidepressants (e.g. SSRIs, SNRIs) are effective in the initial treatment stage of BN, and may be effective in treating the bulimic or obsessive symptoms of BED. Antidepressants are not effective in AN until normal body weight has been restored.

Commonly Abused Substances

Many prescription and over-the-counter products can cause weight loss, and may be abused by a person with an eating disorder. These include:

- Anorectics
- Diuretics
- Anticonvulsants
- Appetite suppressants
- Enemas
- Antidepressants
- Laxatives
- Central nervous system stimulants
- Antidiabetics
- Emetics

In addition, many patients with eating disorders are prescribed medications to treat psychiatric comorbidities, such as depression or anxiety. Pharmacists can manage adherence to these drugs and ensure that potential adverse effects or interactions are taken into consideration and discussed with the patient.

Altered Pharmacokinetics, Drug Interactions and Adverse Effects

Pharmacists should be attentive to the possibility for altered pharmacokinetics in people with eating disorders. Pharmacokinetics may change as a result of nutritional deficiencies, starvation, vomiting, fluid disturbances and dehydration, and may include reduced absorption or an increased sensitivity to intended or unintended effects of medicines.

Some antidepressants carry increased risk for suicidal thoughts and behaviours, and certain antidepressants can have contraindications. For example, tricyclic antidepressants (TCAs) carry risk of overdose and cardiac effects; and monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) are not recommended due to drug-drug and drug-food interactions. For individuals taking MAOIs, the ingestion of a sympathomimetic appetite suppressant or foods high in tyramine may be lethal. It is also worth noting that certain antidepressants, such as paroxetine, can increase weight, which may be troubling for individuals with eating disorders.

Pharmacists should be aware of the cardiac risks associated with medicines that prolong the QTc interval (e.g. antipsychotics, tricyclic antidepressants, macrolide antibiotics and some antihistamines). Patients with AN are at an increased risk of cardiac complications, and medicines that may compromise cardiac functioning should be avoided.

Because of the increased risk of toxicity in individuals with eating disorders, medications should initially be provided at lower doses and titrated gradually based on adverse effects. All patients with a known diagnosis of AN should have an alert noted in their file concerning the above mentioned side effects.

The Pharmacist's Role

As a pharmacist, your role is not to treat an eating disorder, but to encourage the patient to seek treatment. Creating a safe and comfortable environment for the patient is important in prompting disclosure and discussing next steps with them.

If you do suspect an eating disorder is present in your patient, you should:

- Raise the issue in a kind, non-judgemental way and be positive in your approach
- Commend the patient if they are willing to talk about their problem (e.g. "I understand how difficult this is" or "I'm really glad you are talking to me")
- Reassure the patient that they are not alone and that eating problems are common
- Avoid being critical, suggesting quick fixes or commenting on the patient's weight, appearance or health in general
- If the patient denies they have an eating issue, accept their answer and focus on providing them with information they require to use their medication(s) as safely as possible. Encourage the patient to return if they experience adverse effects from medication

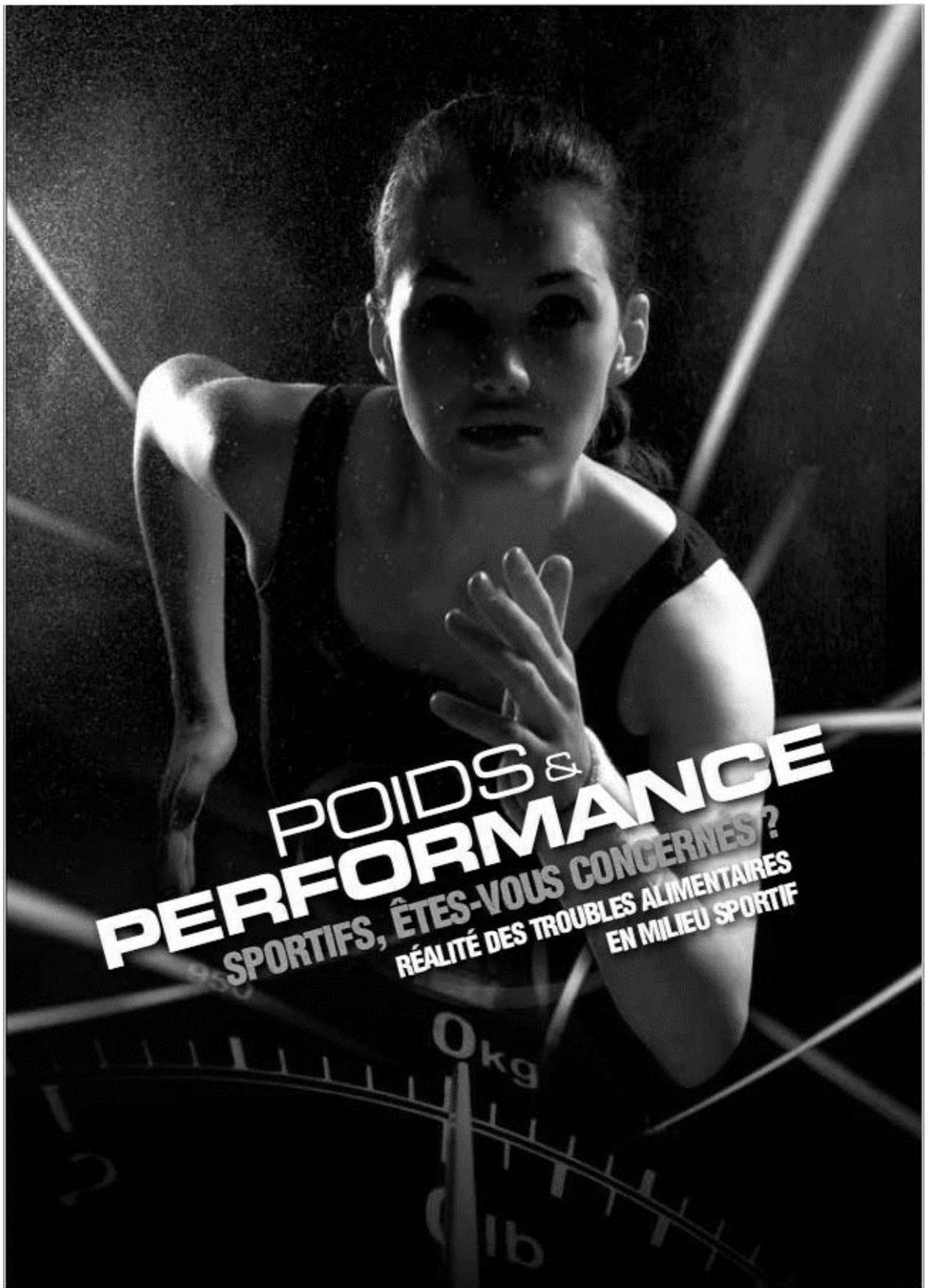
Remember that patients can react in a variety of ways. They can become irritated, emotional or defensive. Try not to take these reactions personally. Instead, continue creating a comfortable environment for the patient and encourage them to seek help.

Referring Patients & Facilitating Treatment

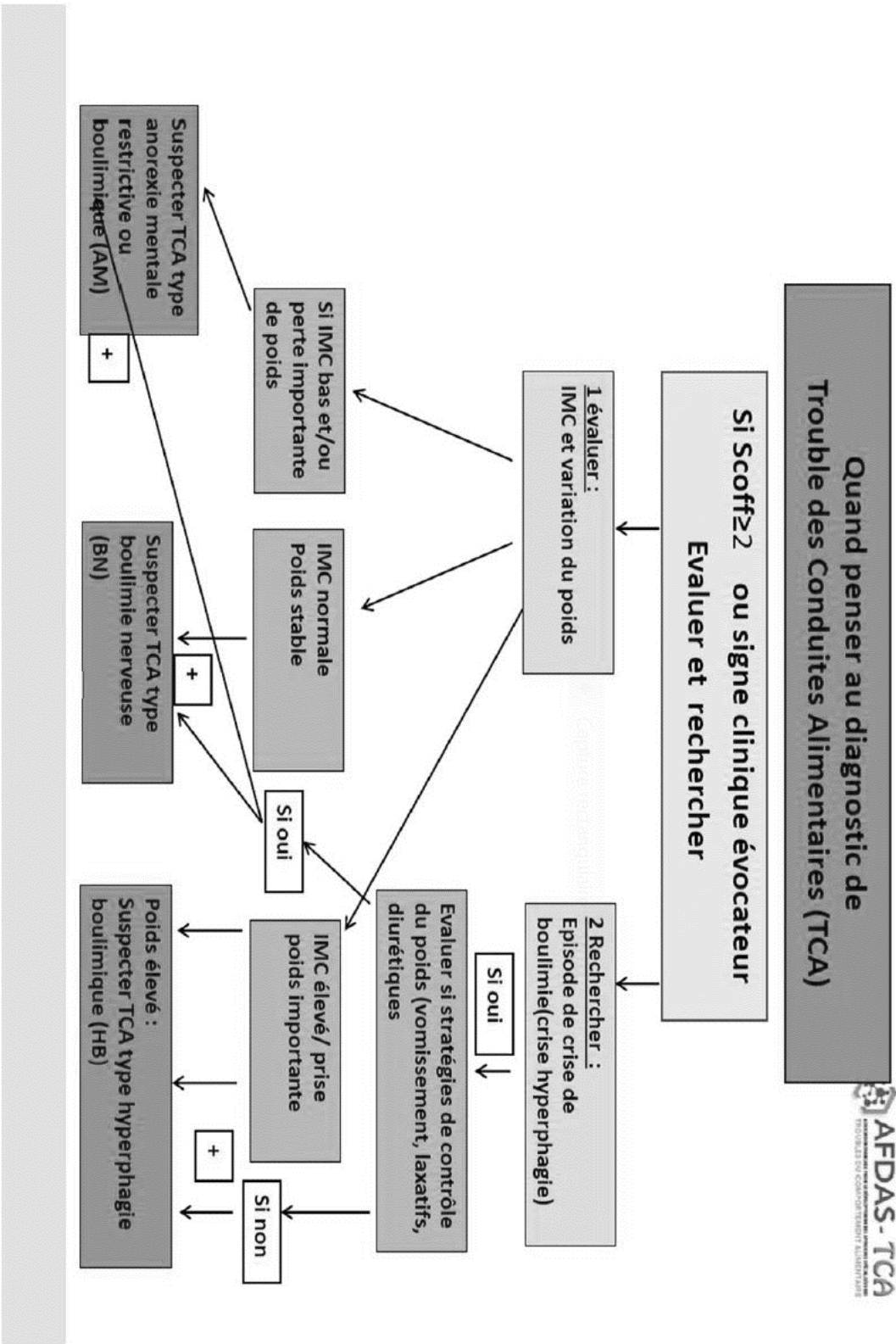
If you suspect an eating problem may be present, referring the patient to an experienced eating disorder clinician is essential. You can:

- Emphasise that treatment can be very effective and can lead to full recovery
- Offer to find a clinician or psychologist and make appropriate calls/ referrals if necessary (if you are unsure of where to find a local eating disorders specialist, you can phone the Butterfly Foundation National Helpline on [1800 ED HOPE](tel:1800EDHOPE) or find more services information at www.nedc.com.au)
- Provide the patient with further information and resources about eating disorders (e.g. fact sheets, info packs; these can be kept in the waiting area)

You can obtain various resources on eating disorders at www.nedc.com.au/resource-direct or by contacting info@nedc.com.au.



Annexe 6 - Exemple d'une diapositive de formation au programme Ecout'Emoi



Comment permettre aux personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires un accès plus précoce aux soins ?

RESUME :

Introduction : Un repérage plus précoce des troubles des conduites alimentaires (TCA) permettrait d'améliorer leur pronostic et diminuer la morbi-mortalité, de prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales. L'objectif de cette thèse est d'étudier les données actuelles concernant le repérage des TCA dans les différentes populations impliquées.

Méthode : Une revue de littérature respectant les critères PRISMA a été réalisée. Des recherches incluant les articles concernant le repérage des TCA publiés entre 1980 et 2018 ont été menées sur les bases de données PUBMED et PSYCINFO.

Résultats : Au total, 31 articles ont été inclus. Ce sont surtout l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse qui sont étudiées. Les articles concernent les professions médicales (médecins généralistes – MG-, psychiatres, gynécologues, gastro-entérologues, dentistes), scolaires, sportives ainsi que la population générale. Les connaissances des différents intervenants sur les signes nécessaires à l'identification des TCA sont incomplètes et le réseau de soins peu connu.

Discussion : Les résultats mettent en évidence la nécessité d'améliorer la formation des médecins et professions paramédicales, du personnel scolaire ainsi que des professionnels du sport. De plus, les numéros ressources et annuaire du réseau de soins spécialisés nécessitent une meilleure diffusion. Enfin, l'accès aux soins doit se faire dans de meilleurs délais, ce qui pourrait être favorisé par la structuration de la filière de soins au niveau national et régional.

Mots-clés : troubles des conduites alimentaires, anorexie mentale, boulimie nerveuse, repérage précoce, prévention secondaire

How people presenting eating disorders can they have access to earlier healthcare ?

ABSTRACT

Introduction : An earlier detection of eating disorders (ED) would improve their outcome and decrease the morbidity and mortality, prevent the risk of evolution towards chronicity and physical, mental and social complications. The aim of this present work is to study the actual data about ED identification in the different involved populations.

Method : A systematic review following PRISMA standards was done. Electronic databases including PUBMED and PSYCINFO were searched for articles about ED's early detection, published between 1980 and 2018.

Results : Thirty one articles were included. There were mostly about anorexia nervosa and then bulimia nervosa. The articles relate to medical population (general practitioner - GP, psychiatrist, gynecologist, gastroenterologist, dentists), school staff, professionals involved in sports and general population. Knowledge about the signs and symptoms of EDs, which are useful for their identification, is disparate and can be improved. The healthcare network is mostly unknown.

Discussion : Results suggest that medical, paramedical, scholar staff and professionals of sport's formation should be improved. Moreover, the telephonic and web resources and the telephone directory should be better circulated. Lastly, access to healthcare must be achievable in a shorter time period : this can be fostered by the structuration of healthcare sector on a national and regional level.

Keywords : eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, early detection, early identification, early diagnosis, secondary prevention

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06