

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Deniau Aurélie
Née le 28/07/1981 à Nogent-le-Rotrou

Présentée et soutenue publiquement le 29 octobre 2013

IMPACT DU DEPISTAGE DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES
EN SOINS PRIMAIRES :
UNE REVUE DE LA LITTERATURE

Jury

Président de Jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Membres du jury : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS
Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE
Monsieur le Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER
Monsieur le Docteur Marc FILLATRE

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Daniel ALISON, Moyens
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.
LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H.
METMAN – J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.
RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D.
SAUVAGE - M.J. THARANNE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & Cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HANKARD Regis	Pédiatrie
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LESCANNE Emmanuel.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard.....	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François.....	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri.....	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel	Dermatologie
	MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck.....	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique.....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie.....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane.....	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. HUAS Dominique..... Médecine Générale
LEBEAU Jean-Pierre..... Médecine Générale
MALLET Donatien..... Soins palliatifs
POTIER Alain..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ANGOULVANT Theodora Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
M. BAKHOS David O.R.L. || Mme | BAULIEU Françoise..... | Biophysique et Médecine nucléaire |
M.	BERTRAND Philippe.....	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	BOISSINOT Eric.....	Physiologie
	DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane.....	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan.....	Réanimation médicale
Mme	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et Cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
MM.	GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
	HOARAU Cyrille.....	Immunologie
	HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique

	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie
	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie...	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

M.	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour la sémiologie

Mme	CRINIÈRE Lise	Praticien Hospitalier
MM.	BOULIN Thierry	Praticien Hospitalier
	GAROT Denis	Praticien Hospitalier
Mmes	MAGNAN Julie	Praticien Hospitalier
	MERCIER Emmanuelle	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------------	-----------------------

Remerciements

A Madame le Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz.

C'est vous qui m'avez initialement proposé ce travail et je vous suis reconnaissante de l'honneur que vous me faites de présider cette thèse. Recevez l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Vincent Camus.

Je suis très honorée de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde considération.

A Monsieur le Professeur Alain Chantepie.

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury. Recevez l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Marc Fillatre.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Jean-Sébastien Cadwallader, mon directeur de thèse.

Je te remercie sincèrement de m'avoir aidé à réaliser ce travail. Merci pour ta disponibilité et tes conseils précieux. J'ai beaucoup appris au cours de l'élaboration de cette thèse et t'en suis particulièrement reconnaissante.

A mes parents.

Merci pour votre soutien et votre présence rassurante auprès de moi durant toutes ces années d'études. Je suis très reconnaissante de tout ce que vous avez toujours fait pour moi.

A mes sœurs, Corinne et Aline et à mon frère Maxime.

Merci pour vos capacités à me donner le sourire même dans les moments les plus difficiles. A nos prochains défis et surtout à notre complicité inaltérable malgré les distances.

A ma grand-mère Gisèle, à Fabienne et Jacky, à Mélanie et sa jolie petite famille.

Pour les moments partagés en famille. Merci pour votre bonne humeur communicative malgré l'absence de ceux qui nous manquent tant.

A tous les autres membres de ma famille qui m'ont adressé des encouragements.

A la famille de Corentin. *Merci pour votre accueil chaleureux depuis le début et vos messages de soutien.*

A Meryl, Kholoud, Anne-Laure et Yann. *Vous avez toujours été là pour moi. A tous les instants mémorables que nous avons vécus ensemble.*

A Amélie & Gonzalo. *Merci pour votre faculté à me faire sortir de chez moi, même quand je n'étais pas motivée. Votre parenthèse tourangelle est terminée mais j'espère que vous reviendrez de temps en temps.*

A Lolita & Maxime, à Mylène. *Merci pour vos réflexions humoristiques, avec une pointe d'ironie, sur mon parcours. Ce n'est pas en partant à Orléans ou Paris que vous vous débarrasserez de moi.*

A Laetitia & Wilfried. *Merci pour votre enthousiasme et votre gaieté. A nos prochaines aventures montoises.*

A Adeline et Alexandra. *Merci pour les soirées distrayantes et les séances de sport antistress.*

A Prune, Aurélie, Diane et Elodie. *J'ai été ravie de faire mes premiers pas d'interne à vos côtés.*

A Lora, Audrey, Véro *pour nos joyeuses années d'externat.*

A tous les autres amis rencontrés à Tours, Orléans ou dans les environs de Dreux. A toutes les belles rencontres faites au fil de ces années d'étude. Merci pour ce que vous m'avez apporté tout au long de ce cursus.

Enfin, je remercie tout particulièrement Corentin. *Tes encouragements ont été la meilleure des motivations. Merci pour ta patience, ton aide précieuse au cours de l'élaboration de ce travail et merci pour tout le bonheur que tu apportes à ma vie.*

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Résumé

Contexte : Les troubles des conduites alimentaires (TCA) posent des problèmes de diagnostic et de prise en charge complexes. Le rôle du médecin généraliste (MG) dans l'amélioration du dépistage est souvent évoqué. Les facteurs de risque et les symptômes précurseurs de TCA sont peu décrits en médecine générale. Par ailleurs, le suivi au long cours des TCA est flou et peu évalué en soins primaires.

Objectif : Décrire l'impact du dépistage des TCA par les MG sur les patients suivis en soins primaires.

Méthode : Revue systématique de la littérature réalisée à partir des bases de données Pubmed, Psycinfo, Cinahl, Embase et Web of Science. Les critères de sélection étaient : TCA primaires (pas de maladies métaboliques comme le diabète ou de maladies mentales avec diagnostic secondaire de TCA), chez des patients d'âge supérieur à 8 ans, pris en charge en soins primaires, présentés dans un article original. La sélection s'est faite de façon indépendante par deux évaluateurs. Seuls les articles décrivant un dépistage par les MG et un suivi en soins primaires ont été gardés pour la sélection finale.

Résultats : Cent-trente-quatre articles ont été sélectionnés, 39 articles ayant un suivi longitudinal. Onze articles ont été analysés parce qu'ils incluaient un dépistage explicitement réalisé en soins primaires. La lecture intégrale des articles mettait en évidence une consommation de soins plus élevée parmi les patients ayant des TCA (consommation médicamenteuse, recours à la psychiatrie). La majorité des études présentait des résultats hétérogènes concernant l'évolution clinique sans possibilité de conclure, avec une durée de surveillance très différente selon les études. Une seule étude hollandaise répondait précisément à l'objectif et montrait une rémission chez 57% des anorexiques et 61% des boulimiques au terme d'un suivi prolongé (4,8 ans de moyenne). Dans cette même étude un âge précoce (<19 ans) était prédictif d'une meilleure évolution.

Conclusion : La synthèse de la littérature n'a pas permis de réaliser une méta-analyse du fait des résultats hétérogènes des études, sans information pertinente sur l'évolution clinique des patients après dépistage de leur TCA. Beaucoup d'articles d'opinion sur l'intérêt du dépistage en soins primaires existaient, sans fondement scientifique. Aucune étude française n'existe sur le sujet. D'autres études longitudinales aux critères de jugement cliniques et pas seulement centrées sur le parcours de soins sont nécessaires, en particulier en France. Les patients ayant une boulimie nécessiteraient peut-être une attention plus prononcée en soins primaires en France.

Mots clés : Troubles des conduites alimentaires, soins primaires, impact, dépistage

Abstract

Background: The Eating Disorders (EDs) pose complex problems of diagnosis and management. The role of general practitioners (GPs) in improving the screening is often mentioned. Risk factors and warning signs of EDs are not described in general practice. In addition, long-term follow-up of EDs is vague and little evaluated in primary care.

Objective: To describe the impact of screening EDs by GPs on patients treated in primary care.

Method: Systematic review of the literature produced from the Pubmed, Psycinfo, Cinahl, Embase and Web of Science database. The selection criteria were: primary EDs (no metabolic diseases such as diabetes or mental illness with secondary diagnosis of ED) in patients over 8 years of age, supported in primary care, presented in an original article. The selection was made-independently by two reviewers. Only articles describing screening by GPs and follow-up in primary care were kept for the final selection.

Results: One hundred thirty-four articles were selected, 39 articles with a longitudinal follow-up. Eleven articles were analyzed because they included a screening explicitly done in primary care. The full reading of the articles highlighted a higher consumption of care among patients with EDs (drug consumption, use of psychiatry). The majority of the studies showed mixed results regarding the clinical course without possibility of concluding, with very different length of monitoring among studies. One Dutch study specifically met the aim and showed remission in 57% of anorexics and in 61% of bulimics after a prolonged follow-up (mean 4.8 years). In the same study an early age (<19 years) was predictive of a better outcome.

Conclusion: The synthesis of the literature failed to conduct a meta-analysis because of the mixed results of the studies, without relevant information on the clinical course of patients after screening their EDs. Many opinion articles on the value of screening in primary care exist without scientific foundation. No french study exists on the subject. Other longitudinal studies with clinical criteria and not just focus on the healthcare circuit are needed, especially in France. Patients with bulimia could require more pronounced attention from primary care in France.

Key words: Eating disorders, primary care, effect, screening

Sommaire

I.	INTRODUCTION	13
1.	Les troubles des conduites alimentaires.....	13
2.	Recommandations et prise en charge	14
3.	En soins primaires	15
4.	Objectif	15
II.	MATERIEL ET METHODES	16
1.	Définition des algorithmes de recherche.....	16
2.	Critères d'exclusion	16
3.	Critères d'inclusion.....	17
4.	Sélection des articles.....	17
III.	RESULTATS.....	18
1.	Processus de sélection des articles	18
2.	Lecture critique des articles	21
a.	Caractéristiques des études	21
b.	Dépistage et modalités de recrutement des patients	21
c.	Indicateurs de suivi	22
3.	Impact du dépistage.....	23
IV.	DISCUSSION	25
1.	Hétérogénéité des résultats.....	25
2.	Types d'articles obtenus.....	26
3.	Validité de l'étude	29
4.	Perspectives	30
V.	CONCLUSION	31
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	32
VII.	ANNEXES	35

Liste des abréviations

TCA : trouble des conduites alimentaires

MG : médecin généraliste

DSM : diagnostic and statistical manual of mental disorders (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

EDNOS : eating disorders not otherwise specified (troubles des conduites alimentaires non spécifiés)

HAS : haute autorité de santé

APA : american psychiatric association (association américaine de psychiatrie)

NICE: national institute for health and clinical excellence (institut national pour la santé et l'excellence des soins)

IMC : indice de masse corporelle

Bulit-R : bulimia test revised (test révisé de la boulimie)

EDE-Q : eating disorders examination questionnaire (auto-évaluation de l'examen des TCA)

BITE: bulimic investigatory test, Edinburgh (test d'investigation boulimique, Edimbourg)

EAT-26: eating attitude test- 26 items (test des conduites alimentaires en 26 items)

BDI : Beck depression inventory (inventaire de dépression de Beck)

TCC : thérapie cognitivo-comportementale

SCOFF: sick, control, one stone, fat, food (test de dépistage des TCA en 5 questions)

AN: anorexia nervosa (anorexie)

ANR: anorexie de forme restrictive

ANBP : anorexie de forme boulimique avec purge

BN: bulimia nervosa (boulimie)

GSH: guided self-help (autotraitement guidé)

GRPD: general practice research database (au Royaume-Uni, base de données de la recherche en soins primaires)

I. INTRODUCTION

1. Les troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) se caractérisent par des comportements pathologiques addictifs de type restrictif et/ou compulsif. Dans ces différents troubles, l'image corporelle et la nourriture sont des préoccupations excessives. Les causes sont multifactorielles, les comorbidités psychiatriques fréquentes et les complications somatiques potentiellement graves. Pourtant, les troubles des conduites alimentaires sont encore mal connus alors que leur prévalence dans la population générale n'est pas négligeable et que certaines études montrent une prévalence élevée chez les jeunes filles (environ 10% de TCA parmi des étudiantes françaises dépistées).¹

La classification internationale du DSM-IV distinguait encore récemment trois grands troubles des conduites alimentaires: l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et les troubles alimentaires atypiques. Cette troisième catégorie regroupant les TCA non spécifiés (EDNOS « eating disorder not otherwise specified ») constituait une entité nosologique très hétérogène incluant l'hyperphagie et les formes sub-syndromiques de l'anorexie et de la boulimie. Ces formes atypiques sont fréquentes et des études suggèrent que leur incidence serait plus élevée que l'anorexie et la boulimie combinées² d'où l'évolution récente des classifications. Ainsi le concept d'hyperphagie boulimique (« binge-eating disorder ») fait désormais partie de la classification nosologique du DSM-V et les critères diagnostiques de l'anorexie ou de la boulimie sont moins strictes (pour l'anorexie : disparition du critère aménorrhée ; pour la boulimie : une seule crise hebdomadaire suffit au lieu de deux). Néanmoins, il existe toujours une catégorie de « Conditions Classées Nulle Part Ailleurs » correspondant à des formes prodromiques, partielles ou atténuées de TCA.

Les patients ayant des formes typiques de TCA sont en contact avec des psychiatres, des pédiatres ou encore des médecins internistes mais leur interaction avec les médecins généralistes (MG) est peu connue. La détection des troubles alimentaires par les MG semble insuffisante³ alors qu'une partie des patients souffrant de TCA notamment dans leurs présentations sub-syndromiques ne sont pas vues en milieu hospitalier ou spécialisé. Hors, en l'absence de prise en charge adaptée, les TCA sont à haut risque de chronicité⁴⁻⁶ avec un retentissement psychologique important puisque dans ce groupe de pathologies l'estime de soi est fortement corrélée au poids et aux capacités de contrôle de l'alimentation. Les complications somatiques sont également nombreuses et potentiellement sévères⁷ (symptômes cardiovasculaires, troubles électrolytiques, endocriniens ou digestifs...).

2. Recommandations et prise en charge

Les TCA sont des problèmes complexes et les dernières recommandations françaises (HAS 2010) se sont centrées sur l'anorexie mentale. Les objectifs sont un repérage précoce et une amélioration de l'accompagnement, de la prise en charge multidisciplinaire et de l'orientation vers des soins spécialisés. Ces recommandations sont surtout des accords professionnels et ne concernent qu'une partie des TCA ce qui incite à des études complémentaires.⁴

Aux Etats-Unis, l'American Psychiatric Association (APA) a édité de nouvelles recommandations en août 2012 et insiste sur la notion d'approche thérapeutique diversifiée. Les grandes lignes de traitement sont la thérapie familiale pour l'anorexie, la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie interpersonnelle (éventuellement associée à une aide pharmacologique avec un antidépresseur sérotoninergique) pour la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Ces recommandations évoquent également le développement de la télémédecine et des traitements guidés (guided self-help) qui semblent parfois mieux acceptés que les thérapies en face à face. Par ailleurs, aussi bien pour l'anorexie que pour la boulimie, l'APA souligne que la question des facteurs prédictifs de guérison reste à élucider.⁵

Au Royaume-Uni, les recommandations du National Institute for health and Clinical Excellence (NICE) parues en 2004 portent sur l'identification, le traitement et la prise en charge de l'anorexie mentale, de la boulimie et des troubles atypiques. Elles donnent des indications plus précises notamment sur la durée et le nombre de séances de thérapie cognitivo-comportementale (16 à 20 séances sur 4 à 5 mois).⁶

Malgré toutes ces publications récentes, une étude britannique a mis en évidence l'absence de prise en charge adaptée des TCA par des praticiens anglais de soins primaires.⁸ Outre le fait que ces recommandations de bonnes pratiques ne sont peut-être pas connues des MG, il semble légitime de se demander si elles sont adaptées et applicables en soins primaires. De plus, ces recommandations portent surtout sur les syndromes typiques et de ce fait les traitements des troubles sub-syndromiques sont davantage basés sur un raisonnement par analogie que sur des fondements scientifiques spécifiques.

3. En soins primaires

La prise en charge des TCA et leur suivi au long cours sont peu connus en soins primaires et peu évalués. Les facteurs de risque, les facteurs déclenchant ainsi que les symptômes précurseurs de TCA sont également assez peu décrits.

Les MG sont en première ligne pour permettre une amélioration du dépistage d'autant plus que des études ont mis en évidence que les personnes ayant des TCA consultent leur MG plus fréquemment que des patients de même âge et de même sexe ne souffrant pas de TCA, pour des problèmes psychologiques ou somatiques divers.^{4,9,10} Ainsi, même si ces patients ont tendance à cacher leurs symptômes en raison d'une certaine culpabilité ou à ne pas demander d'aide médicale, ils sont vus pour d'autres plaintes qui doivent être repérées.

L'identification précoce des TCA serait de plus un gage de meilleur pronostic ce qui souligne le rôle important des MG pour initier les investigations et organiser la prise en charge thérapeutique.¹¹

Les troubles alimentaires sont peu décrits en médecine générale et en France aucune étude n'existe sur le sujet. Il est donc important d'explorer et de définir plus clairement les TCA en soins primaires.

4. Objectif

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer l'impact du dépistage des patients présentant des TCA par les médecins généralistes.

II. MATERIEL ET METHODES

Nous avons conduit une revue systématique de la littérature.

1. Définition des algorithmes de recherche

Les bases de données PubMed, Psycinfo, Cinahl, Embase et Web of Science ont été explorées. L'algorithme de recherche initial a été développé pour PubMed à partir de mots-clés MeSH. Cet algorithme a ensuite été adapté au langage spécifique de chacune des autres bases de données. Les termes « eating disorder » et « primary care » ont été systématiquement recherchés.

L'algorithme de recherche obtenu pour PubMed était le suivant :

```
("Bulimia"[MAJR] OR "Anorexia Nervosa"[MAJR] OR "Eating Disorders"[MAJR]) AND ("Primary Health Care"[MeSH Terms] OR "Family Practice"[MeSH Terms] OR "General Practice"[MAJR])
```

Les différents algorithmes de recherche sont détaillés dans l'annexe 1.

Les bases de données ont été explorées depuis leur création et la date limite de recueil des données a été fixée au 26 août 2013. Tous les articles originaux ont été retenus, quelle que soit la langue de rédaction.

2. Critères d'exclusion

Les articles étaient exclus s'ils répondaient à un des 4 critères suivants (par ordre décroissant de discrimination):

- TCA secondaires à une pathologie endocrinienne, une psychose ou une situation particulière comme la grossesse
- âge des patients inférieur à 8 ans
- prise en charge en soins secondaires
- article d'opinion

3. Critères d'inclusion

Pour répondre à l'objectif, les articles inclus devaient comporter :

- un dépistage par les MG ou en soins primaires
- un suivi en soins primaires des patients dépistés

4. Sélection des articles

De façon indépendante, 2 investigateurs ont lu les abstracts issus des moteurs de recherche des articles retrouvés et ont procédé à une première sélection basée sur les critères d'exclusion définis plus haut. En cas de désaccord sur la sélection d'un article, une discussion entre les deux lecteurs permettait de trancher. Si le désaccord persistait, la lecture de l'intégralité de l'article était effectuée pour déterminer le choix final.

Une seconde sélection, faite à partir des textes intégraux (notamment de la partie « matériel et méthodes ») des articles retenus, a permis de repérer ceux qui présentaient des données longitudinales. En effet, il était nécessaire pour notre travail d'avoir des études montrant un suivi des TCA en soins primaires pour évaluer l'impact du dépistage et constater le devenir des patients détectés (chronicité, amélioration ou résolution du trouble, apparition de complications ou de comorbidités...).

Pour le processus final de sélection, les articles ont été lus intégralement. Seuls les articles décrivant un dépistage par les MG et un suivi en soins primaires ont été conservés. Les critères suivants ont été définis pour l'analyse systématique des articles sélectionnés, inspirés des échelles COREQ, STROBE et CONSORT.¹²

- Auteur et année de publication
- Pays
- Discipline médicale
- Type d'étude
- Population étudiée
- Objectifs principaux
- Modes de dépistage/modalités de recrutement
- Durée de suivi
- Indicateurs de suivi
- Principaux résultats de l'étude et commentaires

III. RESULTATS

1. Processus de sélection des articles

La recherche initiale a permis d'obtenir 710 articles : 158 articles retrouvés dans Pubmed, 50 dans Psycinfo, 35 dans Cinahl, 98 dans Embase et 369 dans WoS. En écartant les 150 doublons selon l'ordre ci-dessus établis dès le début, il restait 560 articles répartis ainsi:

- Pubmed : 158 articles
- Psycinfo : 34 articles (16 doublons avec pubmed)
- Cinahl : 17 articles (16 doublons avec pubmed et 6 avec psycinfo)
- Embase : 45 articles (45 doublons avec pubmed, 12 avec psycinfo et 10 avec cinahl)
- WoS : 306 articles (47 doublons avec pubmed, 18 avec psycinfo, 12 avec cinahl et 28 avec embase)

La première étape de la sélection a été réalisée de façon indépendante par 2 investigateurs en analysant les titres et abstracts. Après lecture des résumés, le premier chercheur a gardé 51 articles dans Pubmed, 13 dans Psycinfo, 8 dans Cinahl, 15 dans Embase et 40 dans WoS. Le second a sélectionné 52 articles dans Pubmed, 12 dans Psycinfo, 10 dans Cinahl, 13 dans Embase et 38 dans WoS. Les 2 investigateurs ont sélectionné d'emblée 103 articles ne répondant à aucun des 4 critères d'exclusion. Parmi les 46 articles en litiges, 31 ont été retenus. La concordance entre les chercheurs, mesurée par le score Kappa de Cohen, était de 75,96%.

Concordance globale	Lecteur 2: oui	Lecteur 2 : non	Totaux
Lecteur 1 : oui	103	24	127
Lecteur 1 : non	22	411	433
Totaux	125	435	560

Parmi les 426 articles exclus sur le titre ou le résumé, 235 répondaient au premier critère d'exclusion, 11 au second critère, 80 au troisième critère et 100 au quatrième critère.

Ainsi 134 articles ont été sélectionnés parmi lesquels un article n'a pas été récupéré dans sa forme intégrale.¹³ Pour tous les autres, une nouvelle sélection a été effectuée à partir du texte intégral et en particulier de la partie « matériel et méthodes ». Dix-sept articles qui répondaient finalement à un des 4 critères d'exclusion ont été écartés ainsi que 77 articles qui ne présentaient pas de données longitudinales. Les 39 articles restants ont été lus intégralement et 28 publications ont été écartées car elles ne comportaient pas de données claires sur un dépistage par les MG ou en médecine générale. Onze articles ont été inclus pour répondre à notre objectif principal (**figure 1**).

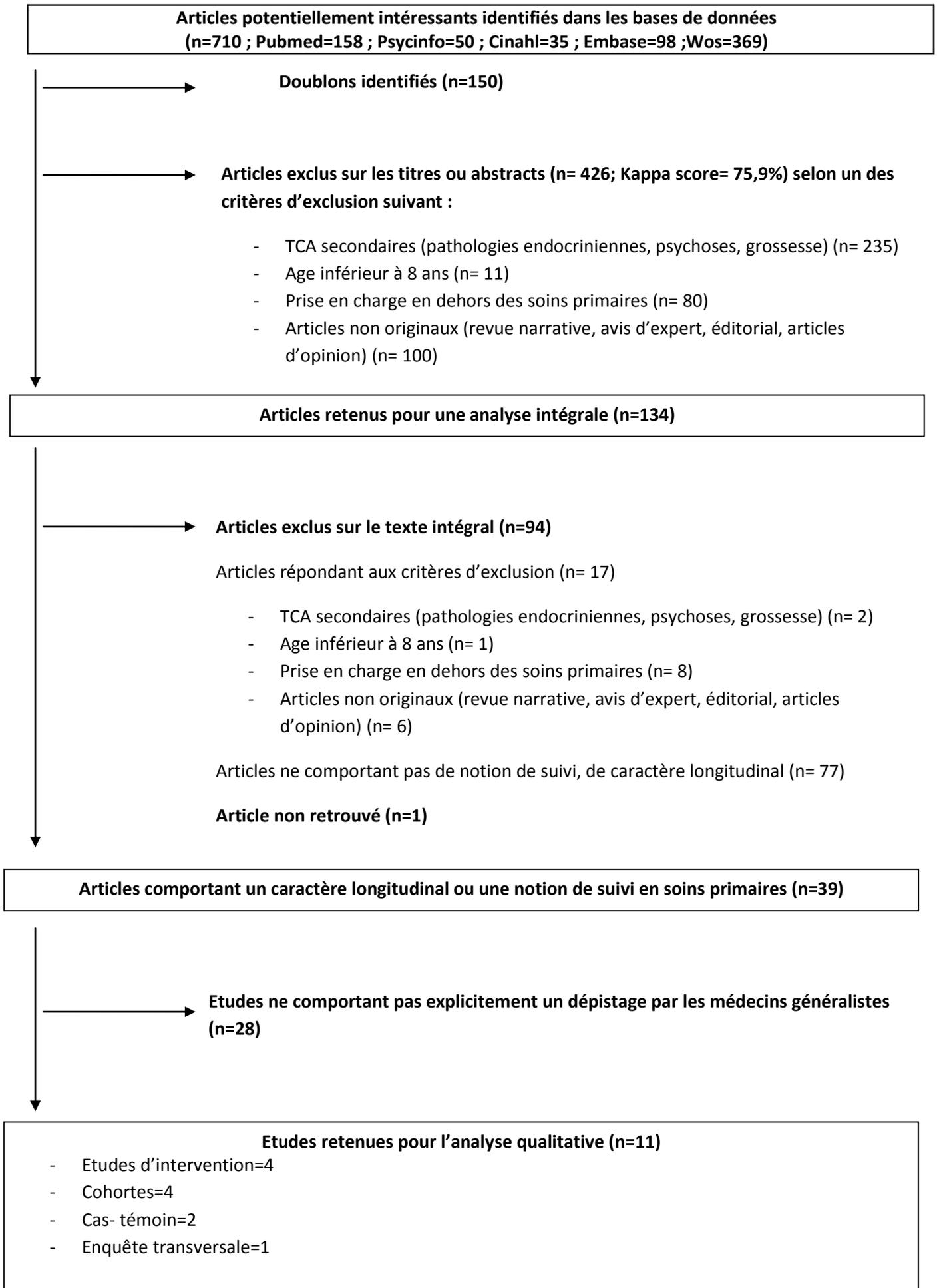


Figure 1 : Processus de sélection des articles

2. Lecture critique des articles

a. Caractéristiques des études

Les caractéristiques des articles sélectionnés sont présentées en annexe dans le tableau 1. Sept études ont été rédigées au cours des 10 dernières années et les 4 autres ont été menées en 1996 ou avant. Huit études ont été menées en Europe (5 au Royaume-Uni, 2 aux Pays-Bas et 1 en Espagne), 2 aux Etats-Unis et 1 en Australie. Parmi les 11 articles, 4 étaient des études d'intervention, 4 étaient des études de cohorte, 2 étaient des études cas-témoin et 1 était une enquête transversale. Deux articles présentaient des études décrivant une même cohorte.^{14,15} L'ensemble de ces articles s'intéressait à la boulimie, soit de façon exclusive soit en étudiant également l'anorexie et les TCA atypiques. Etant donnée la proportion plus importante de femmes touchées par ces troubles, sept des articles de la sélection étudiaient une population uniquement féminine. La taille des échantillons de patients atteints de TCA était variable et parfois assez restreinte allant de 11 à 204 participants. Les différentes études avaient pour but un ou plusieurs des objectifs suivants :

- analyse épidémiologique des TCA en soins primaires
- description du profil des patients consultants en soins primaires
- description des habitudes de consommation des soins de santé
- évaluation des possibilités de traitement en médecine générale
- description du devenir des patients

b. Dépistage et modalités de recrutement des patients

Les articles sélectionnés décrivaient des patients vus en soins primaires et la plupart des études présentait des sujets ayant un TCA dépisté par un MG. Cependant, dans 2 études,^{16,17} le recrutement a été effectué par les investigateurs de l'étude, via des annonces dans des lieux publiques ou des journaux, afin d'obtenir un échantillon susceptible de consulter en soins primaires. Dans 2 autres articles,^{14,15} il n'y a pas eu non plus de détection par les praticiens de soins primaires mais par les chercheurs. Le dépistage s'est fait parmi des personnes patientant dans des salles d'attente de MG, au moyen d'auto-questionnaires. Enfin, dans l'article espagnol,¹⁸ il y a bien eu un dépistage par les MG mais les modalités de repérage des patients étaient un peu floues. (Annexe 3, tableau 2)

c. Indicateurs de suivi

Pour certaines études, le suivi était basé sur l'analyse des dossiers médicaux électroniques.^{14,15,18-22} Pour les autres, la surveillance s'est faite au début et à la fin de l'étude par questionnaire ou par entretien avec les investigateurs. L'article ayant la surveillance la plus courte décrivait une prise en charge thérapeutique de 2 mois puis les patients étaient réévalués 1 à 3 mois après. Un des articles hollandais présentait le suivi de patients le plus long avec une durée moyenne de 4,8 ans. Pour deux articles,^{16,18} la durée de suivi n'était pas bien définie mais il existait bien une surveillance prolongée avec notamment pour l'un des 2 l'analyse du nombre annuel de consultations. Pour préciser de façon objective l'évolution dans le temps, les auteurs ont défini des indicateurs de suivi pour constater les changements cliniques voire psychologiques des patients ayant des TCA. Plusieurs articles se sont basés tout d'abord sur l'IMC (ou le poids) et le statut menstruel des patientes.

La moitié des études s'est également intéressée au comportement alimentaire à travers plusieurs questionnaires (en auto-évaluation ou en entretien) qui étudiaient différentes dimensions du TCA (*Bulit-R*, *EDE-Q*, *BITE* et *EAT-26*). Un des 2 articles hollandais²² a aussi décrit les changements dans le comportement alimentaire en quantifiant les épisodes boulimiques et les épisodes de purge mais sans utiliser de test.

Puisqu'il existe fréquemment des troubles de l'humeur chez les sujets ayant des TCA, plusieurs études^{14, 15, 23} ont évalué le statut psychologique des patients en utilisant des tests (*Beck Depression Inventory* ou *Symptom Rating Test*). La description des traitements prescrits permettait aussi d'observer conjointement le comportement et l'état psychique des patients (consommation d'antidépresseurs, d'anxiolytiques, de laxatifs, de diurétiques...).

Une étude²³ a évalué avant et après le traitement une autre dimension : l'adaptation sociale des patientes boulimiques, souvent altérée²⁴, grâce à la *Social Adjustment Scale*. Dans une autre étude, l'avis du MG concernant l'évolution (bonne, intermédiaire ou mauvaise) de ses patients a également servi d'indicateur de suivi.²²

Enfin, 3 études¹⁹⁻²¹ avaient comme indicateurs de suivi le nombre de consultations en médecine générale ou chez des spécialistes et la quantité et le type de traitements prescrits. Dans ces articles, l'évolution clinique des patients suivis n'a pas été évoquée mais c'est le parcours de soins des patients qui a été décrit. (Annexe 3, tableau 2)

3. Impact du dépistage

Comme il a été précisé précédemment, 3 études n'ont pas donné de renseignements sur le devenir des patients mais ont décrit les habitudes de consommation de soins des personnes atteintes de TCA. Ces articles ont montré de façon significative que les personnes anorexiques ou boulimiques consultaient plus fréquemment en soins primaires et secondaires. Dans une étude, 80% des anorexiques et 60% des boulimiques ont été orientées vers des spécialistes, en grande majorité des psychiatres. Dans une autre étude, le nombre moyen de médicaments prescrits était significativement plus élevé chez des patients ayant des TCA (importance des prescriptions équivalente à celle des sujets ayant des troubles anxio-dépressifs) par rapport à des patients n'ayant aucun trouble. Les médicaments les plus prescrits étaient les antidépresseurs.

Les 4 études d'intervention présentaient l'évolution clinique de patients atteints de TCA pris en charge en soins primaires au terme d'un suivi de 3 à 9 mois. L'étude australienne¹⁶ a montré qu'un traitement de type thérapie cognitivo-comportementale (TCC) délivré en soins primaires permettait une diminution de 60% des crises de boulimie ce qui était comparable aux résultats habituellement obtenus avec des modèles de soins spécialisés. Une autre étude, comparant 2 groupes randomisés traités par des intervenants de soins primaires ou des spécialistes, a également mis en évidence une amélioration sur le plan du comportement alimentaire et sur le plan psychologique mais de façon plus nuancée (score BITE, jugeant la sévérité de la boulimie, plus bas mais encore élevé dans les 2 groupes). Dans une étude britannique de 1996²⁵, une amélioration était nette chez 55% des patientes mais la TCC en soins primaires ne semblait pas applicable pour toutes les présentations cliniques de TCA. Contrairement aux autres, l'étude d'intervention menée aux Etats-Unis concluait que la TCC délivrée en soins primaires était inefficace. La TCC était comparée à plusieurs traitements (fluoxétine seule ou avec TCC, placebo) et tout traitement confondu, seulement 8,8% des patients étaient en rémission complète en fin d'étude.

Les 4 dernières études étaient des études observationnelles et ont fourni des indications sur le parcours de soins de la population et des renseignements sur le comportement alimentaire des patients en fin de suivi.

Les 2 articles étudiant la même cohorte ont montré que le statut clinique après 12 à 18 mois de suivi était prédictif du statut au terme de 30 mois. Le score EAT était plus bas pour tous les sujets (ceux ayant par exemple des syndromes partiels, une obsession des régimes ou une obésité) sauf pour ceux ayant une boulimie et le score évaluant le statut psychologique a eu tendance à se dégrader dans le temps pour tous les groupes. Les femmes boulimiques ou atteintes de syndromes partiels étaient plus susceptibles d'avoir des problèmes psychologiques comme un syndrome dépressif.

Elles avaient eu plus de contacts avec des psychiatres dans leurs antécédents (36% avaient déjà eu un suivi psychiatrique avant l'étude) mais jamais en rapport avec leurs troubles alimentaires. Deux femmes, une ayant une boulimie complète et l'autre un syndrome partiel, ont été suivies en psychiatrie au cours de la deuxième période de suivi (24-30 mois) mais sans contribution majeure dans l'évolution. L'intervention des MG était minime même lorsque le diagnostic était connu (pour rappel, les MG n'avaient pas procédé au dépistage dans cette cohorte et n'étaient informés des troubles de leurs patients que pour la moitié de ceux qui avaient un score EAT élevé). Une femme boulimique, dont le diagnostic avait été transmis, a été confiée à un psychiatre pour une TCC en fin de première période.

L'article espagnol a montré en fin de suivi 4 guérisons et 5 évolutions favorables parmi les 13 participantes. Néanmoins les résultats étaient imprécis car on ne sait pas quels troubles ont bien évolué et on ne sait pas si ceux qui ont guéri sont ceux qui avaient bénéficié d'une prise en charge psychiatrique par exemple (22,2% des patients). L'auteur a par ailleurs souligné qu'au cours du suivi, la surveillance pondérale n'était pas systématique (42,9% des cas).

Dans cette sélection de 11 articles, une des études hollandaise²² avait le même objectif que cette revue de la littérature. Cette étude a suivi au cours de 2 périodes de 5 ans des patients ayant des TCA selon les critères du DSM-III. Soixante-trois médecins généralistes faisaient partie du réseau qui enregistrait les nouveaux cas d'anorexie ou de boulimie. Le devenir des patients était classé en 3 catégories : bon, intermédiaire ou mauvais. Parmi les 147 patients, 57% des anorexiques et 61% des boulimiques étaient en rémission après un suivi moyen de 4,8 ans. Plusieurs facteurs pronostiques ont également été analysés : l'âge de détection (avant ou après 19 ans), la durée de suivi ($\leq 4,9$ ans ou > 5 ans) et la sévérité du TCA (basée sur l'IMC pour l'anorexie et sur la fréquence des conduites boulimiques pour la boulimie). Un âge de détection inférieur à 19 ans était un facteur pronostique favorable et les autres facteurs étudiés ne semblaient pas intervenir dans l'évolution. (Annexe 3, tableau 2)

IV. DISCUSSION

1. Hétérogénéité des résultats

Ce travail a retrouvé peu d'articles sur le thème des TCA évoquant un suivi en médecine générale de patients détectés par un MG et seule une étude menée aux Pays-Bas répond de façon stricte à nos critères d'inclusion. Cet article décrit une population, dépistée par des praticiens de soins primaires, dont l'évolution clinique n'est pas faussée par une intervention et pour laquelle il existe des informations sur le parcours de soins et le comportement alimentaire au terme d'un suivi bien défini.

En effet, parmi les 11 articles sélectionnés, les populations étudiées n'étaient pas toujours dépistées par des MG mais parfois juste dans un contexte de soins primaires (recrutement par les chercheurs via des annonces ou auto-questionnaires en salle d'attente). Ces moyens de détection ne sont pas le reflet des conditions d'exercice de la médecine générale. Ils s'affranchissent des barrières qu'il peut y avoir dans la relation médecin-patient dans un domaine où les praticiens ne sont pas toujours à l'aise²⁶ et les malades dans le déni.²⁷ Par ailleurs, 2 des études randomisées ont été menées avec des MG qui ne connaissaient pas les patients qu'ils traitaient. Il s'agissait le plus souvent de médecins intéressés par le problème des TCA et ces conditions thérapeutiques ne correspondent pas à la pratique quotidienne en soins primaires.

Trois articles montrent uniquement les habitudes de consultations et de prises médicamenteuses mais ne donnent pas d'informations concernant l'amélioration, la stabilisation ou l'aggravation clinique des patients.¹⁹⁻²¹ Cette surconsommation en biens et services médicaux est constatée dans divers secteurs de soins (consultations spécialisées, de médecine générale ou dans les services d'urgences, traitements anxiolytiques et antidépresseurs) avec paradoxalement un manque de traitement adapté (médicaments psychotropes prescrits sans prise en charge du TCA, accompagnement psychologique insuffisant, traitement de symptômes évocateurs sans recherche étiologique). Un article met aussi en évidence le mésusage de certains traitements notamment laxatifs ou diurétiques (27% des patients boulimiques ont reçu une prescription de ce genre de traitement²⁰).

Concernant l'évolution clinique des patients, les résultats obtenus sont hétérogènes. Nous avons plus de données pour les sujets boulimiques souvent par choix des auteurs qui étudiaient exclusivement ce TCA. Les 4 études expérimentales notamment n'ont analysé que la boulimie et ont montré une diminution des épisodes de boulimie et des vomissements mais à des niveaux variables.

Dans ces 4 articles, compte tenu du type d'étude, la plupart des résultats ne montrent pas l'évolution telle qu'elle aurait pu l'être dans un suivi de médecine générale classique mais une évolution artificielle, modifiée par l'intervention des chercheurs. Cependant, dans une des études le groupe « placebo seul » se rapproche d'une « évolution naturelle ». Dans cette étude ¹⁷, 6,4% des patients ayant reçu le placebo étaient en rémission à la fin du suivi sans différence significative avec les autres groupes.

Dans les 2 études de cohorte anglaise et hollandaise qui précisent le devenir des patients au bout de 30 mois ou 4,8 ans en moyenne, aucun cas d'anorexie n'avait été détecté ou bien 57% des anorexiques évoluaient favorablement. Pour la boulimie, soit les symptômes s'aggravaient, soit 61% des patients évoluaient favorablement. Pour les 2 formes de TCA, dans l'étude qui avait le plus long suivi, un âge de détection inférieur à 19 ans était un facteur de bon pronostic. Il est donc difficile de dire si l'impact du dépistage est positif ou non et 2 études montrent que le dépistage des troubles alimentaires peut n'avoir aucune conséquence sur l'attitude du médecin ou du patient en consultation.^{14, 21} Ces articles décrivent en effet l'inertie thérapeutique de certains praticiens de médecine générale face aux TCA : alors que le diagnostic est posé, le médecin n'aborde pas le sujet (et le patient non plus d'ailleurs).

Les modalités de recrutement des populations suivies, les objectifs des études et les critères de jugement étaient variables ce qui rend difficile les possibilités de conclure de façon globale sur nos résultats. De plus, les échantillons étaient peu importants (voire même très réduits avec 2 études portant sur moins de 20 patients) entre autres en raison des faibles prévalence et incidence des TCA. Dans un article, l'incidence des cas détectés par les MG était de 4,2 pour 100000 pour l'anorexie et de 12,2 pour 100000 pour la boulimie.²⁰ Dans un second article, la prévalence de la boulimie parmi des patients consultant en soins primaires était de 1,1% et il n'y avait aucun cas d'anorexie.

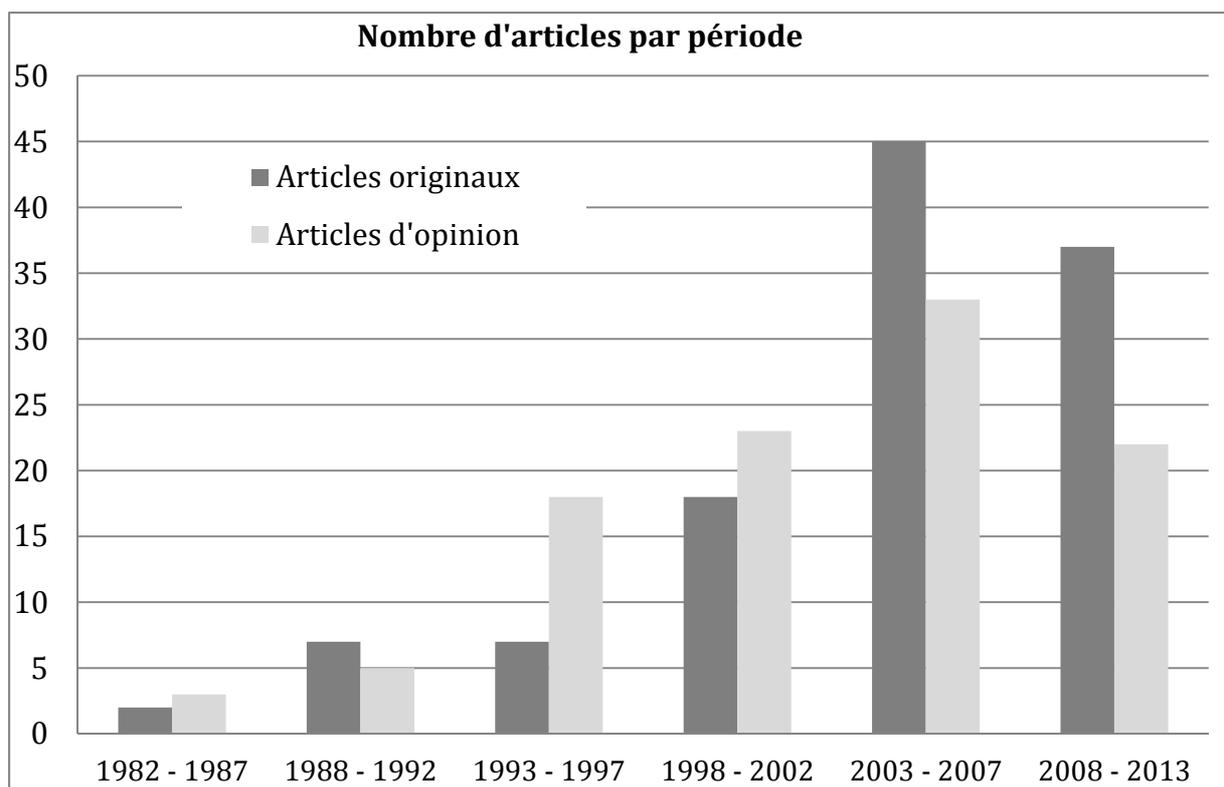
A partir de ce recueil, il s'avère impossible de réaliser une méta-analyse car le contenu des articles sélectionnés est trop hétérogène pour pouvoir combiner les données et tirer des conclusions générales sur l'impact du dépistage des TCA en médecine générale.

2. Types d'articles obtenus

Ce travail a permis de retrouver de nombreuses études internationales sur le thème des TCA en médecine générale et les différentes bases de données explorées ont permis un travail exhaustif.

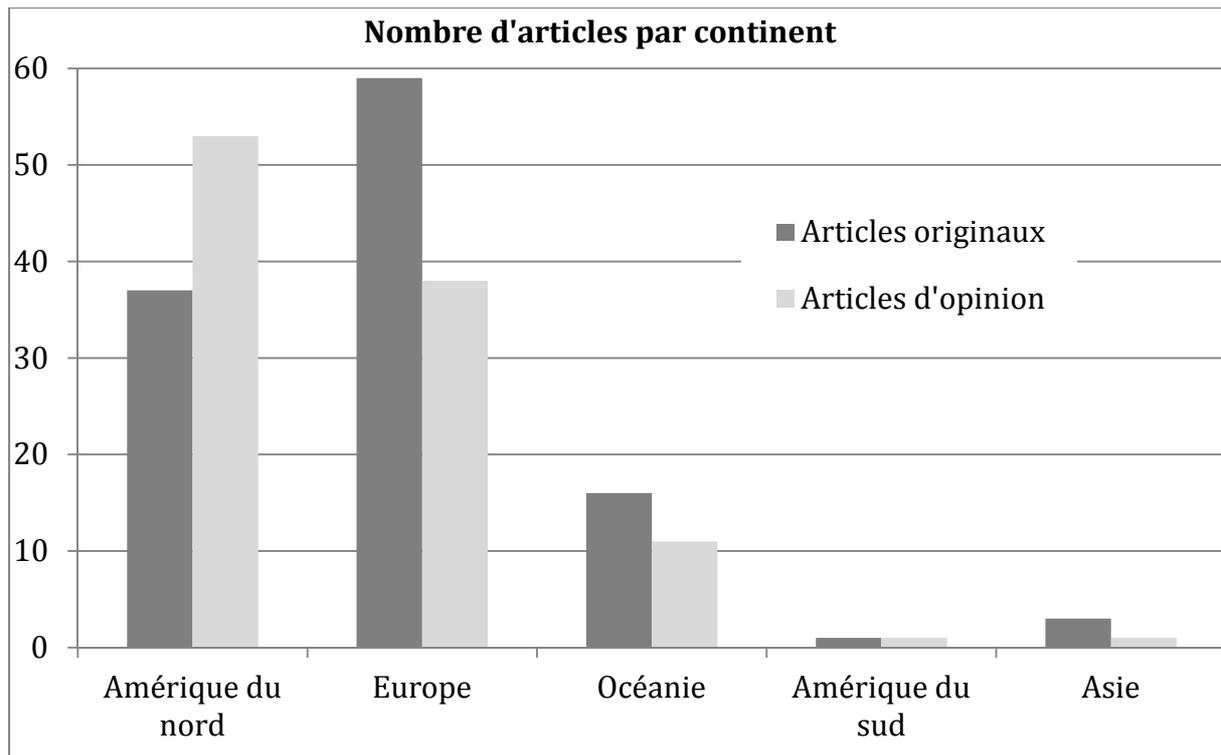
Parmi les articles obtenus, beaucoup ont été exclus selon le quatrième critère d'exclusion et sont donc des articles d'opinion évoquant les TCA en soins primaires. Ce sont donc des articles sans fondement scientifique où les auteurs décrivent les symptômes rencontrés chez les patients, préconisent un repérage précoce, une certaine prise en charge ou une orientation spécialisée.²⁸⁻³²

Parmi les 223 articles correspondant au sujet, 106 articles sont des articles d'opinion. Jusqu'au début des années 2000, les revues narratives étaient même plus nombreuses que les articles originaux. Cependant, la recherche est devenue de plus en plus importante et la proportion d'articles originaux a nettement augmentée ces dernières années. Le sujet est donc évoqué depuis longtemps mais l'intérêt scientifique est relativement récent et montre qu'il s'agit d'un sujet d'actualité où l'amélioration du niveau de preuve concernant la prise en charge en médecine générale est nécessaire (graphique 1).



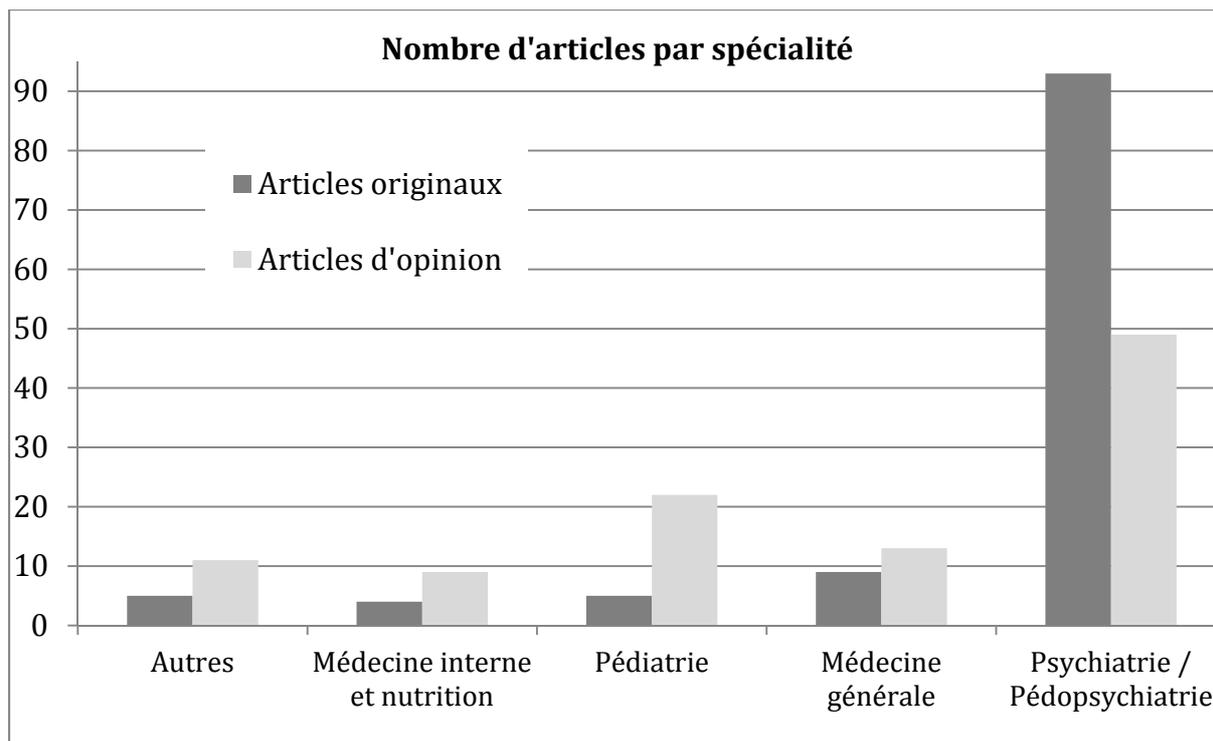
Graphique 1 : Evolution du nombre d'articles dans le temps

Les études scientifiques concernant les TCA ont été majoritairement menées par des équipes anglophones (graphique 2). Des auteurs de nationalités diverses ont écrit sur le sujet et le domaine des TCA est donc un problème de santé publique majeur dans les pays ayant des économies développées. Quelques pays émergents s’y intéressent aussi (Argentine, Chili). En France, 2 études ont été réalisées par une équipe de Rouen et sont des études transversales portant sur la validation d’un test de dépistage simple et rapide des TCA en soins primaires dans sa version française (validation du SCOFF).^{1, 33}



Graphique 2 : Origine géographique des auteurs

Ce sont les psychiatres et psychothérapeutes qui rédigent le plus sur le sujet des troubles alimentaires en soins primaires (graphique 3). Les équipes de psychiatrie sont celles qui mènent le plus de recherche. Les pédiatres sont ensuite retrouvés dans notre sélection mais publient plus d’articles d’opinion que d’articles originaux. Les MG ont mené quelques études dans le domaine mais devraient s’emparer encore davantage du sujet pour qu’il y ait plus d’articles avec un point de vue de médecine générale. Les auteurs sont donc le plus souvent des spécialistes qui ont une perspective différente de celle des soins primaires et conseillent par exemple plus de dépistage en consultation de routine. Pourtant selon certaines études les TCA sont plutôt bien détectés par les MG.³⁴ Beaucoup d’études ont d’ailleurs étudié la faisabilité du dépistage en soins primaires mais la question du suivi après repérage reste ensuite en suspens.^{27, 35-37}



Graphique 3 : Discipline médicale des auteurs

3. Validité de l'étude

La revue de la littérature a été conduite selon les critères PRISMA.

Une méta-analyse n'a pu être réalisée du fait des données hétérogènes et du manque d'éléments dans la littérature internationale. Nous avons pourtant interrogé 5 bases de données et sélectionné les articles de façon méthodique avec des critères d'exclusion et d'inclusion clairement définis. Un seul article n'a pas été récupéré dans sa forme intégrale.¹³ Il apportait peut-être des informations supplémentaires.

Notre perspective était véritablement la médecine générale. Nous ne nous sommes donc intéressés qu'aux soins primaires mais d'éventuels articles au sujet de patients hospitalisés et dépistés par leurs MG peuvent exister. Cependant, il semble que cette probabilité soit faible puisque lorsque nous avons préparé le sujet en amont de cette revue de la littérature, nous n'avons pas retrouvé d'étude similaire. D'autres articles évoquent aussi ces lacunes et souligne la nécessité de mener davantage d'études en soins primaires ce qui est concordant avec nos résultats.^{38,39}

4. Perspectives

Un seul article répond de façon stricte à notre objectif. La portée de cette étude menée aux Pays-Bas est d'autant plus importante que la population étudiée correspondait pour les 2 périodes à environ 1% de la population hollandaise et était représentative en termes d'âge, de sexe, de région d'origine et de degré d'urbanisation. Par ailleurs, ce travail a réuni différentes compétences. Les MG contribuaient à l'étude en étant en contact avec les patients et les investigateurs associaient un médecin spécialisé dans la prise en charge des TCA, des psychiatres et un épidémiologiste. Les recommandations internationales préconisent une approche pluridisciplinaire car les TCA ont plusieurs dimensions: nutritionnelle, somatique, psycho-sociale et familiale ; il paraît donc cohérent de conduire des études avec une approche multidisciplinaire.

Les points faibles de l'étude étaient que certaines données cliniques importantes manquaient parfois dans les dossiers médicaux et que les investigateurs n'avaient pas d'accès direct aux patients, les informations les concernant pouvant être approximatives.

Dans la littérature internationale, nous manquons d'études équivalentes. Aucune étude de cohorte n'a été menée en France en soins primaires et les recommandations françaises portant sur les TCA ont fait l'impasse sur la boulimie. Le rôle du MG est peut-être plus important pour la boulimie que pour l'anorexie d'une part parce que la boulimie est plus fréquente et d'autre part parce que les résultats de suivi en soins primaires montre une évolution plus favorable. Les études d'intervention de notre sélection se sont centrées sur la prise en charge de la boulimie en soins primaires, probablement parce que l'anorexie a une prévalence plus faible et parce que sa prise en charge thérapeutique est moins standardisée et de ce fait difficilement applicable en soins primaires. De plus, il est nécessaire d'approfondir d'autres points comme les facteurs prédictifs de l'évolution ou la corrélation entre les TCA et les troubles anxieux ou la dépression. Dans notre étude de référence, hormis l'âge de détection, des paramètres tels que la durée d'évolution du TCA, sa sévérité ou l'orientation vers des soins spécialisés ont été analysés mais n'étaient pas prédictifs du devenir des patients. Certaines études ont aussi souligné un lien entre faible estime de soi, TCA et dépression.^{7,23,40} Pour une étude, un TCA pendant l'adolescence entraîne une augmentation du risque de troubles anxieux, de symptômes dépressifs et de tentative de suicide à l'âge adulte mais le sens de cette relation ne semble pas toujours aussi clair et nécessiterait des investigations supplémentaires.

V. CONCLUSION

L'impact du dépistage par les MG des patients ayant des TCA reste à clarifier. Cette revue systématique de la littérature a identifié une seule étude répondant strictement à notre objectif. Cette étude a montré qu'au terme d'un suivi compris entre 1 et 7,6 ans, 57% des anorexiques et 61% des boulimiques étaient en rémission et que le dépistage précoce, avant l'âge de 19 ans, était un facteur pronostique favorable. Les autres études décrivant le devenir des patients sont peu nombreuses et présentent des approximations dans le recrutement des patients (pas de dépistage par les MG) ou dans le suivi (durée imprécise, médecins de l'étude qui ne sont pas les référents habituels des patients). Concernant le parcours de soins, toutes les études s'accordent sur une consommation médicamenteuse et un nombre de consultations plus importants chez les patients ayant des TCA. Ces habitudes de consommation de soins sont comparables à celles des patients anxio-dépressifs. Plusieurs articles de la sélection s'intéressaient d'ailleurs à l'état psychologique des patients et plusieurs études ont décrit un lien entre la dépression et les TCA. Cette corrélation serait à approfondir en recherchant s'il existe une relation de causalité entre ces 2 pathologies ou si elles ont une cause commune.

Des études devraient être faites en se concentrant sur les personnes boulimiques car il semble, au vu des résultats, que les médecins généralistes ont un rôle plus important à jouer dans la boulimie que dans l'anorexie. En France, ce genre d'études permettrait également de définir des recommandations de bonne pratique sur la boulimie car il n'existe aucune recommandation à ce sujet.

Les MG doivent s'emparer de cette problématique du dépistage des TCA et suivre des cohortes de patients pour mieux définir leur rôle. C'est en connaissant mieux le parcours de soins et le devenir des patients dépistés qu'un protocole de prise en charge en soins primaires pourra être défini. Certaines études dénoncent une mauvaise détection des TCA par les MG mais on peut imaginer que le repérage serait meilleur s'il y avait des moyens clairs à mettre en œuvre quand les patients ont des TCA.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- 1- Garcia FD, Grigioni S, Chelali S, Meyrignac G, Thibaut F, Dechelotte P. Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *World Journal of Biological Psychiatry* 2010;11:888-93.
- 2- Larrañaga A, Docet MF, García-Mayor RV. High prevalence of eating disorders not otherwise specified in northwestern Spain: population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:1669-73.
- 3- Eisenberg D, Nicklett EJ, Roeder K, Kirz NE. Eating disorder symptoms among college students: prevalence, persistence, correlates, and treatment-seeking. *J Am Coll Health* 2011;59:700-7.
- 4- Haute autorité de santé. Anorexie mentale : prise en charge. Recommandations de bonne pratique. Paris : HAS, 2010. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201009/reco_anorexie_mentale.pdf
- 5- Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, et al., for the Work Group on Eating Disorders. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; Guideline watch 2012. Disponible sur <http://psychiatryonline.org/pdfaccess.ashx?ResourceID=5391825&PDFSource=6>
- 6- National Collaborating Centre for Mental Health. Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004. Disponible sur <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10932/29218/29218.pdf>
- 7- Johnson JG. Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:545-52.
- 8- Currin L, Waller G, Treasure J, Nodder J, Stone C, Yeomans M, et al. The use of guidelines for dissemination of 'best practice' in primary care of patients with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2007;40:476-9.
- 9- Ogg EC, Millar HR, Pusztai EE, Thom AS. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *Int J Eat Disord* 1997;22:89-93.
- 10- Lask B, Bryant-Waugh R, Wright F, Campbell M, Willoughby K, Waller G. Family physician consultation patterns indicate high risk for early-onset anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005;38:269-72.
- 11- Fichter M, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006;39:87-100.
- 12- Key reporting guidelines. <http://www.equator-network.org/>.
- 13- Bursten MS, Gabel LL, Brose JA, Monk JS. Detecting and treating bulimia nervosa: how involved are family physicians? *J Am Board Fam Pract* 1996;9:241-8.
- 14- King MB. Eating disorders in a general practice population. Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychol Med Monogr Suppl.* 1989;14:1-34.
- 15- King MB. The natural history of eating pathology in attenders to primary medical care. *Int J Eat Disord* 1991;10:379-87.
- 16- Banasiak SJ, Paxton SJ, Hay P. Guided self-help for bulimia nervosa in primary care: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2005;35:1283-94.

- 17- Walsh BT, Fairburn CG, Mickley D, Sysko R, Parides MK. Treatment of bulimia nervosa in a primary care setting. *Am J Psychiatry* 2004;161:556-61.
- 18- Aguilar Hurtado ME, Sagredo Pérez J, Heras Salvat G, Estévez Muñoz JC, Linares López ML, Peña Rodríguez E. Atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario en un EAP: identificando oportunidades de mejora. *Aten Primaria* 2004;34:26-31.
- 19- Striegel-Moore RH, DeBar L, Wilson GT, Dickerson J, Rosselli F, Perrin N, et al. Health services use in eating disorders. *Psychol Med* 2008;38:1465-74.
- 20- Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care: An epidemiological study using the general practice research database. *Br J Psychiatry* 1996;169:705-12.
- 21- Van Son GE, Hoek HW, Van Hoeken D, Schellevis FG, Van Furth EF. Eating disorders in the general practice: a case-control study on the utilization of primary care. *Eur Eat Disorders Rev* 2012;20:410-3
- 22- Van Son GE, van Hoeken D, van Furth EF, Donker GA, Hoek HW. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. *Int J Eat Disord* 2010;43:130-8.
- 23- Durand MA, King M. Specialist treatment versus self-help for bulimia nervosa: a randomised controlled trial in general practice. *Br J Gen Pract* 2003;53:371-7.
- 24- Cooke R, Sawyer SM. Eating disorders in adolescence: An approach to diagnosis and management. *Aust Fam Physician* 2004;33:27-31.
- 25- Waller D, Fairburn CG, McPherson A, Kay R, Lee A, Nowell T. Treating bulimia nervosa in primary care: a pilot study. *Int J Eat Disord* 1996;19:99-103.
- 26- Banas D, Lazebnik R, O'Riordan M, Rome E. Eating disorder training and attitudes in primary care residents. *J Adolesc Health* 2009;44:18.
- 27- Johnston O, Fornai G, Cabrini S, Kendrick T. Feasibility and acceptability of screening for eating disorders in primary care. *Fam Pract* 2007;24:511-7.
- 28- Batal H, Johnson M, Lehman D, Steele A, Mehler PS. Bulimia: a primary care approach. *J Womens Health* 1998;7:211-20.
- 29- Carter JC, Fairburn CG. Treating binge eating problems in primary care. *Addict Behav* 1995;20:765-72.
- 30- Hay PJ. Understanding bulimia. *Aust Fam Physician* 2007;36:708-12.
- 31- Tonkin RS. Practical approaches to eating disorders in adolescence: Primer for family physician. *Can Fam Physician* 1994;40:299-304.
- 32- Yeo M, Hughes E. Eating disorders - early identification in general practice. *Aust Fam Physician* 2011;40:108-11.
- 33- Garcia FD, Grigioni S, Allais E, Houy-Durand E, Thibaut F, Déchelotte P. Detection of eating disorders in patients: Validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. *Clinical Nutrition* 2011;30:178-81.
- 34- Boyd CP, Aisbett DL, Howard A, Filiades T. Detection and management of eating disorders by general practitioners in regional Australia. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 2007;6:1-6.
- 35- Anstine D, Grinenko D. Rapid screening for disordered eating in college-aged females in the primary care setting. *J Adolesc Health* 2000;26:338-42.
- 36- Cotton M-A, Ball C, Robinson P. Four simple questions can help screen for eating disorders. *J Gen Intern Med* 2003;18:53-6.

- 37- Keski-Rahkonen A, Sihvola E, Raevuori A, Kaukoranta J, Bulik CM, Hoek HW, Rissanen A, Kaprio J. Reliability of self-reported eating disorders: Optimizing population screening. *Int J Eat Disord* 2006;39:754-62.
- 38- Allen S, Dalton WT. Treatment of eating disorders in primary care: a systematic review. *J Health Psychol* 2011;16:1165-76.
- 39- Currin L, Schmidt U. A critical analysis of the utility of an early intervention approach in the eating disorders. *J Ment Health* 2005;14:611-24.
- 40- Courtney EA, Gamboz J, Johnson JG. Problematic eating behaviors in adolescents with low self-esteem and elevated depressive symptoms. *Eating Behav* 2008;9:408-14.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : algorithmes de recherche des différentes bases de données

Algorithme de recherche développé pour PubMed: ("Bulimia"[MAJR] OR "Anorexia Nervosa"[MAJR] OR "Eating Disorders"[MAJR]) AND ("Primary Health Care"[MeSH Terms] OR "Family Practice"[MeSH Terms] OR "General Practice"[MAJR])

Algorithme de recherche développé pour Psycinfo: (MM"Eating Disorders") AND ((DE"Family Medicine") OR (MM"Primary Health Care") OR (MM"General Practitioners"))

Algorithme de recherche développé pour Cinahl: (MM"Eating Disorders") AND ((DE"Family Medicine") OR (MM"Primary Health Care") OR (MM"General Practitioners"))

Algorithme de recherche développé pour Embase: 'eating disorder'/mj AND ('general practice'/exp OR 'primary medical care'/exp)

Algorithme de recherche développé pour WoS: TS=(eating disorder*) AND TS=(primary care)

Annexe 2 : liste des articles originaux sélectionnés

1. Aguilar Hurtado ME, Sagredo Pérez J, Heras Salvat G, Estévez Muñoz JC, Linares López ML, Peña Rodríguez E. Atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario en un EAP: identificando oportunidades de mejora. *Aten Primaria* 2004;34:26-31.
2. Allen KL, Fursland A, Watson H, Byrne SM. Eating disorder diagnoses in general practice settings: comparison with structured clinical interview and self-report questionnaires. *J Ment Health* 2011;20:270-80.
3. Allen S, Dalton WT. Treatment of eating disorders in primary care: a systematic review. *J Health Psychol* 2011;16:1165-76.
4. Anstine D, Grinenko D. Rapid screening for disordered eating in college-aged females in the primary care setting. *J Adolesc Health* 2000;26:338-42.
5. Backe J. Die Prävalenz von Essstörungen unter den Patientinnen einer Frauenarztpraxis. *Geburtsh Frauenheilk* 2001;61:408-13.
6. Banas D, Lazebnik R, O'Riordan M, Rome E. Eating disorder training and attitudes in primary care residents. *J Adolesc Health* 2009;44:18.
7. Banasiak SJ, Paxton SJ, Hay P. Guided self-help for bulimia nervosa in primary care: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2005;35:1283-94.
8. Banasiak SJ, Paxton SJ, Hay PJ. Perceptions of cognitive behavioural guided self-help treatment for bulimia nervosa in primary care. *Eat Disord* 2007;15:23-40.
9. Beales DL, Dolton R. Eating disordered patients: Personality, alexithymia, and implications for primary care. *Br J Gen Pract* 2000;50:21-6.
10. Becker AE, Thomas JJ, Franko DL, Herzog DB. Disclosure patterns of eating and weight concerns to clinicians, educational professionals, family, and peers. *Int J Eat Disord* 2005;38:18-23.
11. Boulé CJ, McSherry JA. Patients with eating disorders. How well are family physicians managing them? *Can Fam Physician* 2002;48:1807-13.
12. Boyd CP, Aisbett DL, Howard A, Filiades T. Detection and management of eating disorders by general practitioners in regional Australia. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 2007;6:1-6.
13. Bravender T, Robertson L, Woods ER, Gordon CM, Forman S. Is there an increased clinical severity of patients with eating disorders under managed care? *J Adolesc Health* 1999;24:422-6.
14. Britt E, Del Gobbo S. Changing patterns of referral to an eating disorders clinic. *N Z Med J* 1990;103:564-5.

15. Bryant-Waugh RJ, Lask BD, Shafran RL, Fosson AR. Do doctors recognise eating disorders in children? *Arch Dis Child* 1992;67:103-5.
16. Bursten MS, Gabel LL, Brose JA, Monk JS. Detecting and treating bulimia nervosa: how involved are family physicians? *J Am Board Fam Pract* 1996;9:241-8.
17. Cachelin FM, Striegel-Moore RH. Help seeking and barriers to treatment in a community sample of Mexican American and European American women with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2006;39:154-61.
18. Chamay Weber C, Haller DM, Narring F. Is There a Role for Primary Care Physicians' Screening of Excessive Weight and Eating Concerns in Adolescence? *J Pediatr* 2010;157:32-5.
19. Clarke DE, Polimeni-Walker I. Treating Individuals with Eating Disorders in Family Practice: A Needs Assessment. *Eat Disord* 2004;12:293-301.
20. Cotton M-A, Ball C, Robinson P. Four simple questions can help screen for eating disorders. *J Gen Intern Med.* 2003;18:53-6.
21. Courtney EA, Gamboz J, Johnson JG. Problematic eating behaviors in adolescents with low self-esteem and elevated depressive symptoms. *Eating Behav* 2008;9:408-14.
22. Currin L, Schmidt U. A critical analysis of the utility of an early intervention approach in the eating disorders. *J Ment Health* 2005;14:611-24.
23. Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H. Time trends in eating disorder incidence. *Br J Psychiatry* 2005;186:132-5.
24. Currin L, Waller G, Schmidt U. Primary care physicians' knowledge of and attitudes toward the eating disorders: Do they affect clinical actions? *Int J Eat Disord* 2009;42:453-8.
25. DeSocio J, O'Toole J, Nemirow S, Lukach M, Magee M. Screening for childhood eating disorders in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007;9:16-20.
26. Di Pietro G, Morlino M, Grimaldi M, Coppola N, Valoroso L. Disturbi dell'Alimentazione in primary care: Rilevazione di casi « a rischio » di Anoressia e Bulimia con la collaborazione dei Medici di Medicina Generale dell'area napoletana. *Rivista di Psichiatria* 2005;40:276-80.
27. Doll HA, Petersen SE, Stewart-Brown SL. Eating disorders and emotional and physical well-being: Associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36. *Qual Life Res* 2005;14:705-17.
28. Durand MA, King M. Specialist treatment versus self-help for bulimia nervosa: a randomised controlled trial in general practice. *Br J Gen Pract* 2003;53:371-7.
29. Eagles JM, Easton EA, Nicoll KS, Johnston MI, Millar HR. Changes in the presenting features of females with anorexia nervosa in northeast Scotland, 1965-1991. *Int J Eat Disord* 1999;26:289-94.
30. Eisenberg D, Nicklett EJ, Roeder K, Kirz NE. Eating disorder symptoms among college students: prevalence, persistence, correlates, and treatment-seeking. *J OF ACH* 2011;59:700-7.

31. Feeney E, Noble H, Waller G. Referral patterns to a specialist eating disorder service: the impact of the referrer's gender. *Eur Eat Disord Rev* 2007;15:45-9.
32. Field AE, Sonneville KR, Micali N, Crosby RD, Swanson SA, Laird NM, et al. Prospective association of common eating disorders and adverse outcomes. *Pediatrics* 2012;130:289-95.
33. Flahavan C. Detection, assessment and management of eating disorders; how involved are GPs? *Ir J Psych Med* 2006;23:96-9.
34. Freund KM, Boss RD, Handleman EK, Smith AD. Secret patterns: validation of a screening tool to detect bulimia. *J Womens Health Gend Based Med* 1999;8:1281-4.
35. Freund KM, Graham SM, Lesky LG, Moskowitz MA. Detection of bulimia in a primary care setting. *J Gen Intern Med* 1993;8:236-42.
36. Galdón Blesa MP, López-Torres JD, David García Y, Gómez Honrubia MC, Escobar Rabadán F, Martínez Ramírez M. Detección de bulimia nerviosa en las consultas de atención primaria. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31:129-32.
37. Garcia FD, Grigioni S, Allais E, Houy-Durand E, Thibaut F, Déchelotte P. Detection of eating disorders in patients: Validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. *Clin Nutr* 2011;30:178-81.
38. Garcia FD, Grigioni S, Chelali S, Meyrignac G, Thibaut F, Dechelotte P. Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *World J Biol Psychiatry* 2010;11:888-93.
39. Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res* 2005;59:51-55.
40. González-Juárez C, Pérez-Pérez E, Martín Cabrera B, Mitja Pau I, de Pablo RR, de la Torre Escalera PV. Detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de la alimentación. *Aten Primaria* 2007;39:189-94.
41. Green H, Johnston O, Cabrini S, Fornai G, Kendrick T. General practitioner attitudes towards referral of eating-disordered patients: A vignette study based on the theory of planned behaviour. *Ment Health Fam Med* 2008;5:213-8.
42. Grucza RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Compr Psychiatry* 2007;48:124-31.
43. Gurney VW, Halmi KA. An eating disorder curriculum for primary care providers. *Int J Eat Disord* 2001;30:209-12.
44. Gurney VW, Halmi KA. Developing an eating disorder curriculum for primary care providers. *Eat Disord* 2001;9:97-107.
45. Hach I, Ruhl UE, Rentsch A, Becker ES, Türke V, Margraf J, et al. Recognition and therapy of eating disorders in young women in primary care. *J Public Health Med* 2005;13:160-5.

46. Hart LM, Granillo MT, Jorm AF, Paxton SJ. Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clin Psychol Rev* 2011;31:727-35.
47. Hautala L, Junnila J, Alin J, Grönroos M, Maunula A-M, Karukivi M, et al. Uncovering hidden eating disorders using the SCOFF questionnaire: Cross-sectional survey of adolescents and comparison with nurse assessments. *Int J Nurs Stud* 2009;46:1439-47.
48. Hay P, Darby A, Mond J. Knowledge and Beliefs about Bulimia Nervosa and its Treatment: A Comparative Study of Three Disciplines. *J Clin Psychol* 2007;14:59-68.
49. Hay PJ, Loukas A, Philpott H. Prevalence and characteristics of men with eating disorders in primary care: how do they compare to women and what features may aid in identification? *Primary Care and Community Psychiatry* 2005;10:1-6.
50. Herscovici CR, Bay L, Kovalskys I. Prevalence of eating disorders in Argentine boys and girls, aged 10 to 19, who are in primary care. A two-stage community-based survey. *Eat Disord* 2005;13:467-78.
51. Hill LS, Reid F, Morgan JF, Lacey JH. SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *Int J Eat Disord* 2010;43:344-51.
52. Hoek HW. The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychol Med*. mai 1991;21:455-60.
53. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:389-94.
54. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *Int J Eat Disord* 2003;34:383-96.
55. Hoek H, Bartelds A, Bosveld J, Vandergraaf Y, Limpens V, Maiwald M, et al. Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152:1272-8.
56. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry* 2007;61:348-58.
57. Hugo P, Kendrick T, Reid F, Lacey H. GP referral to an eating disorder service: Why the wide variation? *Br J Gen Pract* 2000;50:380-3.
58. Johnson JG, Spitzer RL, Williams JB. Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychol Med* 2001;31:1455-66.
59. Johnson JG. Eating Disorders During Adolescence and the Risk for Physical and Mental Disorders During Early Adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:545-52.
60. Johnston O, Fornai G, Cabrini S, Kendrick T. Feasibility and acceptability of screening for eating disorders in primary care. *Fam Pract* 2007;24:511-7.
61. Keel PK, Heatherton TF, Dorer DJ, Joiner TE, Zalta AK. Point prevalence of bulimia nervosa in 1982, 1992, and 2002. *Psychol Med* 2005;36:119.

62. King MB. Eating disorders in a general practice population. Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychol Med Monogr Suppl* 1989;14:1-34.
63. King MB. Eating disorders in general practice. *J R Soc Med* 1990;83(4):229-32.
64. King MB. The natural history of eating pathology in attenders to primary medical care. *Int J Eat Disord* 1991;10(4):379-87.
65. Lähteenmäki S, Aalto-Setälä T, Suokas JT, Saarni SE, Perälä J, Saarni SI, et al. Validation of the Finnish version of the SCOFF questionnaire among young adults aged 20 to 35 years. *BMC Psychiatry*. 2009;9:5.
66. Lask B, Bryant-Waugh R, Wright F, Campbell M, Willoughby K, Waller G. Family physician consultation patterns indicate high risk for early-onset anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005;38:269-72.
67. Latzer Y, Tzischinsky O, Geraisy N. Comparative study of eating-related attitudes and psychological traits between Israeli-Arab and -Jewish schoolgirls. *J Adolesc* 2007;30:627-37.
68. Linville D, Benton A, O'Neil M, Sturm K. Medical providers' screening, training and intervention practices for eating disorders. *Eat Disord* 2010;18:110-31.
69. Luck AJ, Morgan JF, Reid F, Wilson SA. A simple 5 item questionnaire accurately detected eating disorders in women in primary care. *Evid-Based Med* 2003;8:90.
70. Luck AJ, Morgan JF, Reid F, O'Brien A, Brunton J, Price C, et al. The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. *BMJ* 2002;325:755-6.
71. Maor NR, Sayag S, Dahan R, Hermoni D. Eating attitudes among adolescents. *IMAJ* 2006;8:627-9.
72. Maradiegue A, Cecelic E, Bozzelli M, Frances G. Do primary care providers screen for eating disorders? *Gastroenterology Nursing* 1996;19:65-9.
73. McLean SA, Paxton SJ, Wertheim EH. Factors associated with body dissatisfaction and disordered eating in women in midlife. *Int J Eat Disord* 2010;43:527-36.
74. Meadows GN, Palmer RL, Newball EU, Kenrick JM. Eating attitudes and disorder in young women: a general practice based survey. *Psychol Med* 1986;16:351-7.
75. Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the general practice research database. *BMJ Open* 2013;3:1-8.
76. Micali N, Hagberg KW, Treasure JL. Incidence of eating disorders in the UK: Findings from the UK General Practice Research Database. *The Lancet* 2013;381:75.
77. Mond J, Myers TC, Crosby R, Hay P, Mitchell J. « Excessive exercise » and eating-disordered behaviour in young adult women: further evidence from a primary care sample. *Eur Eat Disord Rev* 2008;16:215-21.

78. Mond J, Rodgers B, Hay P, Korten A, Owen C, Beumont P. Disability associated with community cases of commonly occurring eating disorders. *Aust N Z J Public Health* 2004;28:246-51.
79. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C. Health service utilization for eating disorders: findings from a community-based study. *Int J Eat Disord* 2007;40:399-408.
80. Mond JM, Myers TC, Crosby RD, Hay PJ, Mitchell JE. Bulimic eating disorders in primary care: hidden morbidity still? *J Clin Psychol Med Settings* 2010;17:56-63.
81. Mond JM, Myers TC, Crosby RD, Hay PJ, Rodgers B, Morgan JF, et al. Screening for eating disorders in primary care: EDE-Q versus SCOFF. *Behav Res Ther* 2008;46:612-22.
82. Muro-Sans P, Amador-Campos JA, Morgan JF. The SCOFF-c: Psychometric properties of the Catalan version in a Spanish adolescent sample. *J Psychosom Res.* 2008;64:81-6.
83. Noma S, Nakai Y, Hamagaki S, Uehara M, Hayashi A, Hayashi T. Comparison between the SCOFF Questionnaire and the Eating Attitudes Test in patients with eating disorders. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2006;10:27-32.
84. Ogg EC, Millar HR, Pusztai EE, Thom AS. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *Int J Eat Disord* 1997;22:89-93.
85. Parker SC, Lyons J, Bonner J. Eating Disorders in Graduate Students: Exploring the SCOFF Questionnaire as a Simple Screening Tool. *J Am Coll Health* 2005;54:103-7.
86. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Sanci L, Sawyer S. Prognosis of adolescent partial syndromes of eating disorder. *Br J Psychiatry* 2008;192:294-9.
87. Perkins SSJ, Murphy RR, Schmidt UU, Williams C. Self-help and guided self-help for eating disorders. In: *The Cochrane Collaboration, Schmidt UU, éditeurs. Cochrane Database of Systematic* 2006. Reviews 3: CD004191.
88. Rayworth BB, Wise LA, Harlow BL. Childhood Abuse and Risk of Eating Disorders in Women. *Epidemiology* 2004;15:271-8.
89. Reid M, Williams S, Hammersley R. Managing eating disorder patients in primary care in the UK: a qualitative study. *Eat Disord* 2010;18:1-9.
90. Robinson S, Perkins S, Bauer S, Hammond N, Treasure J, Schmidt U. Aftercare intervention through text messaging in the treatment of bulimia nervosa--feasibility pilot. *Int J Eat Disord.* 2006;39:633-8.
91. Roncero CI, Alcalde MCB, Gonzalez MBNH, Lopez VJMC. Análisis asistencial en los trastornos del comportamiento alimentario en Valladolid. *Actas Esp Psiquiatri* 2008;36:75-81.
92. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. Healthcare utilization among women with eating disordered behavior. *Am J Manag Care* 1997;3:1721-3.
93. Schnicker K, Legenbauer T, Hiller W. Längerfristige Effekte einer esstörungsspezifischen KVT im naturalistischen Setting. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2012;62:120-8.

94. Sepúlveda AR, Graell M, Berbel E, Anastasiadou D, Botella J, Carrobles JA, et al. Factors associated with emotional well-being in primary and secondary caregivers of patients with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2012;20:78-84.
95. Shinkwin R, Standen PJ. Trends in anorexia nervosa in Ireland: A register study. *Eur Eat Disord Rev* 2001;9:263-76.
96. Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. *Mayo Clin Proc* 2010;85:746-51.
97. Stevens S, Savageau J, Luckmann R, Sattler A. Screening for eating disorders: A survey of primary care physicians. *J Adolescent Health* 1999;24:96.
98. Striegel-Moore RH, DeBar L, Wilson GT, Dickerson J, Rosselli F, Perrin N, et al. Health services use in eating disorders. *Psychol Med* 2008;38:1465-74.
99. Striegel-Moore RH, Franko DL. Epidemiology of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2003;34:19-29.
100. Striegel-Moore RH, Perrin N, DeBar L, Wilson GT, Rosselli F, Kraemer HC. Screening for binge eating disorders using the Patient Health Questionnaire in a community sample. *Int J Eat Disord* 2010;43:337-43.
101. Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. *Br J Psychiatry* 1996;169:705-12.
102. Tuschen-Caffier B, Pook M, Frank M. Kann eine störungsorientierte psychotherapie komorbide symptome der bulimia nervosa verändern? *Verhaltenstherapie* 2008;18:75-82.
103. Vallance JK, Latner JD, Gleaves DH. The relationship between eating disorder psychopathology and health-related quality of life within a community sample. *Qual Life Res* 2010;20:675-82.
104. Van Son GE, Hoek HW, Van Hoeken D, Schellevis FG, Van Furth EF. Eating Disorders in the General Practice: A Case-Control Study on the Utilization of Primary Care. *Eur Eat Disorders Rev* 2012;20:410-3
105. Van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AIM, van Furth EF, Hoek HW. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *Int J Eat Disord* 2006;39:565-9.
106. Van Son GE, van Hoeken D, van Furth EF, Donker GA, Hoek HW. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. *Int J Eat Disord* 2010;43:130-8.
107. Van Son G, van Hoeken D, van Furth E, Donker G, Hoek H. Outcome of eating disorders in a primary care-based study. *Swiss Med Wkly* 2009;139:71.
108. Van Son GE, Van Hoeken D, Bartelds AIM, Van Furth EF, Hoek HW. Urbanisation and the incidence of eating disorders. *Br J Psychiatry* 2006;189:562-3.
109. Waller D, Fairburn CG, McPherson A, Kay R, Lee A, Nowell T. Treating bulimia nervosa in primary care: a pilot study. *Int J Eat Disord* 1996;19:99-103.

110. Walsh BT, Fairburn CG, Mickley D, Sysko R, Parides MK. Treatment of bulimia nervosa in a primary care setting. *Am J Psychiatry* 2004;161:556-61.
111. Walsh JM, Wheat ME, Freund K. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders the role of the primary care physician. *J Gen Intern Med* 2000;15:577-90.
112. Whitehouse AM, Cooper PJ, Vize CV, Hill C, Vogel L. Prevalence of eating disorders in three Cambridge general practices: hidden and conspicuous morbidity. *Br J Gen Pract* 1992;42:57-60.
113. Wilson GT, Zandberg LJ. Cognitive-behavioral guided self-help for eating disorders: Effectiveness and scalability. *Clin Psychol Rev* 2012;32:343-57.
114. Winstead N, Willard S, Wiese J. Frequency of visits to gastroenterologists and primary care physicians with GI complaints by eating disordered patients. *J Gen Intern Med* 2002;17:251-2.
115. Winstead NS, Willard SG. Gastrointestinal Complaints in Patients With Eating Disorders. *J Clin Gastroenterol* 2006;40:678-82.
116. Zaider T, Johnson J, Cockell S. Psychiatric disorders associated with the onset and persistence of bulimia nervosa and binge eating disorder during adolescence. *J Youth Adolesc* 2002;31:319-29.
117. Zinkand H, Cadoret RJ, Widmer RB. Incidence and detection of bulimia in a family practice population. *J Fam Pract* 1984;18:555-60.

Annexe 3 : analyse des articles inclus, tableaux 1 et 2

Titre de l'article	Auteur - année de publication	Pays	Discipline médicale	Type d'étude	Population étudiée	Objectif principal
Eating Disorders in the General Practice: A Case-Control Study on the Utilization of Primary Care.	Van Son 2012	Pays-Bas	Psychologie. Epidémiologie clinique	Etude cas-témoin	Patients de MG. - 1 groupe cas (n=167): patients ayant AN (90), BN (44) ou EDNOS (33). - 2 groupes témoins: sujets anxio-dépressifs et sujets sans trouble psycho-social	Définir les habitudes de consommation de soins primaires des patients ayant un diagnostic de TCA par rapport à des patients ayant d'autres troubles psychologiques et par rapport à des patients « sains »
Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort.	Van Son 2010	Pays-Bas	Psychologie. Epidémiologie clinique	Etude de cohorte	Patients de MG n= 147 (29 ANR, 47 ANBP, 71 BN)	- Décrire le devenir des patients nouvellement diagnostiqués en soins primaires - Examiner les différences dans les taux de rémission selon le diagnostic et les symptômes - Identifier les facteurs prédictifs d'évolution
Health services use in eating disorders.	Striegel-Moore 2008	Etats-Unis d'Amérique	Psychiatrie, psychologie	Etude cas-témoin	- Groupe cas (n= 204): femmes de 18 à 55 ans nouvellement diagnostiqués AN, BN ou EDNOS (hommes en fait exclus car trop peu nombreux) - Groupe témoin (n=204): femmes de même âge ayant consulté dans 1 période proche de celle des cas.	Décrire l'utilisation des soins de santé par les individus ayant des TCA (incidence, intervenant faisant le diagnostic, différence d'utilisation des soins selon le type de TCA et différence d'utilisation en pré et en post-détection)
Guided self-help for bulimia nervosa in primary care: a randomized controlled trial	Banasiak 2005	Australie	Psychologie clinique	Etude d'intervention	Femmes d'âge > 18 ans, ayant une boulimie partielle ou complète non traitée BMI > 18 n= 109	Comparer le devenir des patientes boulimiques selon le traitement mis en œuvre. Randomisation en groupe Guided Self Help + soutien d'un MG (n=54) et traitement différé (n=55)
Care by a primary care team for patients with eating behaviour disorders: identifying possibilities for improvement	Aguilar 2004	Espagne	Médecine générale	Etude transversale	Femmes (n= 13) Profil des patientes: - 6 AN - 3 BN - 4 EDNOS	Améliorer la prise en charge des patients ayant des TCA en précisant leur profil

Tableau 1 : articles inclus et leurs principales caractéristiques

Titre de l'article	Auteur - année de publication	Pays	Discipline médicale	Type d'étude	Population étudiée	Objectif principal
Treatment of bulimia nervosa in a primary care setting.	Walsh 2004	Etats-Unis d'Amérique	Psychiatrie	Etude d'intervention	Femmes de 18 à 60 ans (n= 91), ayant une boulimie (critères du DSM-IV revisités) sans autre problème médical ou psychiatrique. Pas d'antécédent de traitement par fluoxétine. Pas de grossesse. BMI > 17,5	Déterminer: - si des patientes boulimiques peuvent être traitées de façon efficace en soins primaires - selon quelles modalités de traitement.
Specialist treatment versus self-help for bulimia nervosa: a randomised controlled trial in general practice.	Durand 2003	Royaume-Uni	Psychiatrie, santé publique	Etude d'intervention	Femmes d'âge > 18 ans, anglophones, ayant 1 boulimie selon les critères du DSM-IV n= 68	Evaluer les possibilités de traiter la boulimie en soins primaires en comparant le devenir des patientes selon 2 prises en charge: - Guided Self Help (n=34) - traitement en clinique spécialisée (n=34)
The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database.	Turnbull 1996	Royaume-Uni	Psychologie clinique et psychothérapie	Etude de cohorte	Femmes âgées de 10 à 39 ans AN (n= 104) BN (n=100)	Analyser l'épidémiologie des TCA en soins primaires
Treating bulimia nervosa in primary care: a pilot study.	Waller 1996	Royaume-Uni	Médecine générale	Etude d'intervention	Femmes boulimiques (n= 11)	Evaluer la faisabilité et l'efficacité d'une TCC simplifiée et brève en soins primaires pour la prise en charge des TCA
The natural history of eating pathology in attenders to primary medical care.	King 1991	Royaume-Uni	Psychiatrie	Etude de cohorte	Patients de 16 à 35 ans ayant un score élevé c'est-à-dire ≥ 20 à l'EAT-26 (64 femmes et 5 hommes).	Dans 1 population de patients de MG: - déterminer la prévalence et la présentation des TCA - préciser les caractéristiques psychologiques des patients ayant des TCA
Eating disorders in a general practice population. Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months.	King 1989				40 patients ayant un score EAT bas également interrogés.	- déterminer si l'EAT est un test de dépistage fiable - étudier l'histoire naturelle des TCA

Tableau 1 : articles inclus et leurs principales caractéristiques

Titre de l'article	Auteur- année de publication	Modes de dépistage- modalités de recrutement	Durée de suivi	Indicateurs de suivi	Conclusions de l'étude et commentaires
Eating Disorders in the General Practice: A Case-Control Study on the Utilization of Primary Care.	Van Son 2012	Utilisation de la classification internationale des soins primaires. Données tirées de dossiers médicaux électroniques de patients figurant dans un échantillon de 96 cabinets de MG	1 an	- fréquence des consultations (rendez-vous au cabinet, appel téléphonique, visite) - Orientation vers 1 spécialiste - traitements prescrits (antidépresseurs, traitement de la sphère digestive, ORL, contraception...)	Pour les groupes TCA et anxio-dépressifs: - plus de consultations (motif psychologique ou non) - plus d'orientation vers un spécialiste - plus de traitements antidépresseurs puis pour AN traitement en rapport avec sphère digestive et pour les BN en rapport avec sphère pneumo/ORL et contraception Davantage de consultations parmi BN pour des motifs somatiques sans évocation du TCA même lorsque diagnostic posé. MG devraient initier conversation vers TCA et reconnaître lien entre plaintes somatiques et TCA. Pas de renseignements sur l'évolution clinique des patients.
Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort.	Van Son 2010	Suivi de patients identifiés au cours d'une étude nationale réalisée en soins primaires sur l'incidence des TCA. Réseau de MG enregistrant les nouveaux cas : 63 MG au total dont 31 participant à l'ensemble de l'étude	1 à 7,6 ans moyenne= 4,8 ans médiane= 4,7 ans	- Données objectives : IMC, statut menstruel, informations sur comportement alimentaire (épisodes de boulimie, épisodes de purge) - Jugement du MG concernant l'évolution (bonne, intermédiaire, mauvaise) - Discussion des cas si pas de concordance entre les 2 premiers critères	57% des AN et 61% des BN en rémission complète à la fin de l'étude. Dans des études antérieures, durée d'évolution majeure: pas d'influence dans cette étude. Age plus jeune (< 19 ans) = meilleur pronostic mais dans d'autres études pas de \neq d'évolution selon âge de détection ou démonstration du contraire (âge plus élevé = meilleur pronostic). Pas de différence significative selon orientation ou non des patients vers des soins spécialisés (groupe ANBP davantage orienté vers des soins psychiatriques). Seule étude répondant précisément à notre objectif.

Tableau 2 : description des modalités de dépistage, de la durée et des indicateurs de suivi

Titre de l'article	Auteur- année de publication	Modes de dépistage- modalités de recrutement	Durée de suivi	Indicateurs de suivi	Conclusions de l'étude et commentaires
Health services use in eating disorders.	Striegel-Moore 2008	Données obtenues grâce aux dossiers électroniques de patients d'une grande organisation de santé au nord-ouest des Etats-Unis: nouveaux cas de TCA portés dans les dossiers des patients par les soignants au cours de l'année 2003.	Suivi = 12 mois après la détection avec analyse rétrospective de la consommation de soins sur les 12 mois précédant la détection	<ul style="list-style-type: none"> - Prescription d'antidépresseurs et d'anxiolytiques. - Nombre de consultations en soins primaires, aux urgences, dans un service de psychiatrie ou d'addictologie, en soins spécialisés, nombre de consultations téléphoniques et nombre de jours d'hospitalisation 	<p>Prescription d'antidépresseurs et d'anxiolytiques plus élevée surtout après le diagnostic.</p> <p>Moitié des nouveaux cas de TCA diagnostiqués en soins primaires.</p> <p>Utilisation des services de soins quel que soit le secteur médical significativement plus élevé parmi les patients ayant des TCA avec augmentation dans l'année suivant le diagnostic, sans différence significative selon le type de trouble.</p> <p>Malgré utilisation élevée des soins parmi le groupe TCA, patients sous-traités sur le plan psychologique (pas le nombre de sessions recommandé).</p> <p>Pas de renseignements sur l'évolution clinique des patients.</p>
Guided self-help for bulimia nervosa in primary care: a randomized controlled trial	Banasiak 2005	<p>109 femmes recrutées sur annonces affichées dans différents lieux publics afin d'avoir 1 échantillon susceptible de consulter en soins primaires.</p> <p>16 MG également recrutés sur annonces.</p> <p>Confirmation diagnostique via 2 questionnaires (Bulit-R et EDE-Q) puis l'interview EDE</p>	<p>Suivi régulier pendant 17 semaines de traitement puis réévaluation 3 et 6 mois après la fin du traitement.</p> <p>31% d'abandons</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Crises de boulimie, conduites de purge, restrictions et préoccupations alimentaires - Préoccupations concernant poids et image corporelle - BMI - Fonctionnement psychologique et global 	<p>Baisse de 60% des crises de boulimie objective avec GSH et baisse de 6% avec le traitement différé.</p> <p>Baisse de 61% des conduites de purge avec GSH et baisse de 10% avec traitement différé.</p> <p>Amélioration sur le plan des désordres alimentaires et sur le plan psychologique.</p> <p>Résultats équivalents aux études évaluant le même traitement délivré par des spécialistes. MG intéressés par TCA dans étude => généralisation des résultats ?</p> <p>Pas de dépistage initial par les MG</p> <p>Parcours de soins et évolution artificiels liés au type d'étude</p>

Tableau 2 : description des modalités de dépistage, de la durée et des indicateurs de suivi

Titre de l'article	Auteur- année de publication	Modes de dépistage- modalités de recrutement	Durée de suivi	Indicateurs de suivi	Conclusions de l'étude et commentaires
Care by a primary care team for patients with eating behaviour disorders: identifying possibilities for improvement	Aguilar 2004	Traitement de dossiers médicaux électroniques dans un des centres de santé urbain participant à l'étude à Madrid (10 cabinets de MG et 2 de pédiatrie). 12 des 13 cas diagnostiqués en soins primaires	Durée de suivi non précisée. Préconisation d'un suivi minimal de 4 consultations annuelles	- Nombre de consultations. - Orientation vers un service de psychiatrie. - Surveillance du poids.	Proportion d'AN élevée. Au moment de l'étude, 4 guérisons, 5 évolutions favorables et 4 chronicisations des troubles. Evolution selon type de trouble non précisée. Minimum de 4 visites pour 90,9% des patientes. 22,2% orientées en service de psychiatrie. Surveillance pondérale pour 42,9% des cas. Pas d'information précise sur le recrutement. Pas d'information sur la durée de suivi ou la durée de la maladie
Treatment of bulimia nervosa in a primary care setting.	Walsh 2004	Recrutement de 227 femmes par annonces dans des journaux. Parmi les femmes intéressées, 91 éligibles après une interview téléphonique.	Durée traitement= 4-5 mois avec suivi par MG et IDE non entraînés (directives données en début d'étude). Randomisation: fluoxétine seule, placebo seul, fluoxétine + GSH ou placebo + GSH. 67% d'abandons	Nombre d'épisodes de boulimie et nombre de vomissements déterminés via l'EDEI abrégée et l'EDEQ	8 patients en rémission en fin d'étude indépendamment du traitement. Fluoxétine bénéfique. Pas d'efficacité de la TCC délivrée en soins primaires. Pb de la non compliance: abandons de traitement chez 63 patients. Inexpérience des soignants= facteurs d'arrêt de traitement? Prise en charge en milieu spécialisé indispensable? Pas de dépistage initial par les MG Parcours de soins et évolution artificiels liés au type d'étude.

Tableau 2 : description des modalités de dépistage, de la durée et des indicateurs de suivi

Titre de l'article	Auteur- année de publication	Modes de dépistage- modalités de recrutement	Durée de suivi	Indicateurs de suivi	Conclusions de l'étude et commentaires
Specialist treatment versus self-help for bulimia nervosa: a randomised controlled trial in general practice.	Durand 2003	Patients dépistés par leur MG et adressés dans des cliniques spécialisées	Suivi= 9 mois Randomisation en 2 groupes - groupe GSH: 23% d'abandons - groupe traitement spécialisé: 17% d'abandons	Critère de jugement principal: symptômes et sévérité de la boulimie évalué par le BITE à 0, 6 et 9 mois. Critères de jugement secondaire: EDE-12 pour évaluer les troubles alimentaires, Beck Depression Inventory pour évaluer l'humeur et Social Adjustment Scale sous forme d'auto-questionnaire pour évaluer l'adaptation sociale à 0, 6 et 9 mois	Amélioration du BITE et du BDI en fin d'étude mais scores encore élevés (pour BITE, seul 29,4% du groupe GSH et 26,5% du groupe traitement spécialisé ont 1 score < 20) Pas de différence majeure entre les 2 prises en charge. Perception de troubles moins sévères dans les 2 groupes sans perception d'une utilité nette du traitement. Résultats concernant l'évolution basée sur des échelles d'auto-évaluation. Parcours de soins et évolution artificiels liés au type d'étude
The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database.	Turnbull 1996	Utilisation du GPRD (550 MG en Angleterre et Pays de Galles). Nouveaux cas d'anorexie ou de boulimie diagnostiqués entre le 1/01/88 et le 31/12/93 par des MG. Validation des diagnostics par 2 psychiatres puis randomisation de 25 cas d'AN et de 25 cas de BN pour étude complémentaire.	Durée de suivi non précisée. En plus du suivi, étude de la durée d'évolution avant détection	Incidence annuelle des TCA. Orientation vers des soins spécialisés. Prescription de traitements diurétiques, laxatifs, à visée gastro-intestinale ou médicaments psychotropes pour les patients BN	Incidence de L'AN stable mais augmentation de l'incidence de la BN de 1988 à 1993. Augmentation de cette incidence controversée: simple augmentation de la détection? Majorité des cas orientée vers des spécialistes (80% des AN et 60% des BN) Traitements laxatifs ou diurétiques pour 27% des BN. Traitement psychotrope pour 45% des BN. Durée moyenne de l'AN avant détection= 1,4 ans Durée moyenne de la BN avant détection= 5,5 ans Tous les cas diagnostiqués par les MG ne remplissent pas tous les critères du DSM-IV. Pas d'information sur l'évolution clinique des patients

Tableau 2 : description des modalités de dépistage, de la durée et des indicateurs de suivi

Titre de l'article	Auteur- année de publication	Modes de dépistage- modalités de recrutement	Durée de suivi	Indicateurs de suivi	Résultats, conclusions et commentaires
Treating bulimia nervosa in primary care: a pilot study.	Waller 1996	Recrutement par les MG: femmes ayant une boulimie nerveuse se présentant dans un des 2 cabinets de MG participant à l'étude. 11 femmes éligibles => pas de refus. 18% d'abandons	8 sessions de traitement hebdomadaire délivrées par 4 MG et une infirmière. Suivi 1 et 3 mois après la fin du traitement	EDE sous forme d'auto-questionnaire pour évaluer: - le nombre de crises de boulimie - le nombre de vomissements - les préoccupations concernant le poids et la forme	55% d'amélioration nette. TCC simplifiée et condensée applicable en soins primaires pour une majorité de patients mais traitement à envisager en soins spécialisés si: 1) comorbidités psychiatriques (risque de mauvaise observance) 2) Obésité coexistante car plus compliqué. Nécessité d'évaluer les traitements courts, d'en déterminer les modalités et les effets à plus long terme. Parcours de soins et évolution artificiels liés au type d'étude
The natural history of eating pathology in attenders to primary medical care.	King 1991	Dans salles d'attente de 4 cabinets de MG. Questionnaire rempli correctement par 186 hommes et 534 femmes. 2,7% de scores EAT élevés parmi les hommes et 13,3% parmi les femmes.	2 périodes de réévaluations des scores EAT élevés: - à 12- 18 mois: 89% de réponses - à 24-30 mois : 37% de réponses	Evaluation du score EAT-26. Evaluation du score SRT (Symptom Rating Test mesurant le statut psychologique et dont validité initialement démontrée car superposable au score CIS évaluant le statut psychologique via un entretien).	Pas de cas d'AN, 7 BN, 15 syndromes partiels Sujets restants= obsessionnels des régimes, obèses, perturbés sur le plan psychologique ou sans trouble. 1ère période de suivi: Scores EAT plus bas parmi tous les groupes sauf chez BN. Point de vue des patients sur leur état pas bien corrélé au score EAT. Scores SRT plus élevés pour tous les groupes. Prise de poids dans groupes BN et obèses. Changement de statut notamment rechute parmi des syndromes partiels avec antécédents de TCA complet.
Eating disorders in a general practice population. Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months.	King 1989	Interview de 69 patients ayant scores EAT élevés et 40 ayant scores EAT bas pour comparer statut psychologique.		Poids, statut menstruel (rapporté par les patients) Renseignements portés dans le dossier médical: consultation chez 1 psychiatre par exemple	2ème période de suivi: pas de différence significative avec le 1er suivi Pas de dépistage par les MG et MG informés des troubles pour 1 moitié des scores EAT élevés. 1 seule intervention par 1 MG: orientation de la patiente vers 1 psychiatre pour TCC. Pas de demande de soins par les patients.

Tableau 2 : description des modalités de dépistage, de la durée et des indicateurs de suivi

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

DENIAU Aurélie

Thèse n°

50 pages – 2 tableaux – 1 figure – 3 graphiques

Résumé :

Contexte : Les troubles des conduites alimentaires (TCA) posent des problèmes de diagnostic et de prise en charge complexes. Le rôle du médecin généraliste (MG) dans l'amélioration du dépistage est souvent évoqué. Les facteurs de risque et les symptômes précurseurs de TCA sont peu décrits en médecine générale. Par ailleurs, le suivi au long cours des TCA est flou et peu évalué en soins primaires.

Objectif : Décrire l'impact du dépistage des TCA par les MG sur les patients suivis en soins primaires.

Méthode : Revue systématique de la littérature réalisée à partir des bases de données Pubmed, Psycinfo, Cinahl, Embase et Web of Science. Les critères de sélection étaient : TCA primaires (pas de maladies métaboliques comme le diabète ou de maladies mentales avec diagnostic secondaire de TCA), chez des patients d'âge supérieur à 8 ans, pris en charge en soins primaires, présentés dans un article original. La sélection s'est faite de façon indépendante par deux évaluateurs. Seuls les articles décrivant un dépistage par les MG et un suivi en soins primaires ont été gardés pour la sélection finale.

Résultats : Cent-trente quatre articles ont été sélectionnés, 39 articles ayant un suivi longitudinal. Onze articles ont été analysés parce qu'ils incluaient un dépistage explicitement réalisé en soins primaires. La lecture intégrale des articles mettait en évidence une consommation de soins plus élevée parmi les patients ayant des TCA (consommation médicamenteuse, recours à la psychiatrie). La majorité des études présentait des résultats hétérogènes concernant l'évolution clinique sans possibilité de conclure, avec une durée de surveillance très différente selon les études. Une seule étude hollandaise répondait précisément à l'objectif et montrait une rémission chez 57% des anorexiques et 61% des boulimiques au terme d'un suivi prolongé (4,8 ans de moyenne). Dans cette même étude un âge précoce (<19 ans) était prédictif d'une meilleure évolution.

Conclusion : La synthèse de la littérature n'a pas permis de réaliser une méta-analyse du fait des résultats hétérogènes des études, sans information pertinente sur l'évolution clinique des patients après dépistage de leur TCA. Beaucoup d'articles d'opinion sur l'intérêt du dépistage en soins primaires existaient, sans fondement scientifique. Aucune étude française n'existe sur le sujet. D'autres études longitudinales aux critères de jugements cliniques et pas seulement centrés sur le parcours de soins sont nécessaires, en particulier en France. Les patients ayant une boulimie nécessiteraient peut être une attention plus prononcée en soins primaires en France.

Mots clés : Troubles des conduites alimentaires, soins primaires, impact, dépistage

Jury :

Président : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Membres : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS

Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE

Monsieur le Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER

Monsieur le Docteur Marc FILLATRE

Date de la soutenance : mardi 29 octobre 2013