



FFAB

Fédération Française Anorexie Boulimie
French Federation Anorexia Bulimia

PRÉVENTIONS PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES : QUELS ÉLÉMENTS DE PREUVE ET DANS QUELLES DIRECTIONS ALLER ?

Ce rapport a été réalisé par la FFAB (Fédération Française Anorexie Boulimie) avec le soutien de la DGS (Direction générale de la Santé).

Il a été rédigé par :

Hugo SAOUDI^{1,2}, Sébastien GUILLAUME^{2,3}, Caroline HUAS^{1,2}, Nathalie GODART^{1,2,4,5}

- 1) *Service de santé mentale de l'adolescent et du jeune adulte de la Fondation Santé des Étudiants de France (FSEF)*
- 2) *Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB)*
- 3) *CHU et Université de Montpellier*
- 4) *Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines*
- 5) *CESP INSERM 1018 psychiatrie du développement et trajectoire*

Table des matières

1	Prévention et troubles des conduites alimentaires	4
1.1	Prévention primaire et secondaire : définitions	4
1.2	Pourquoi prévenir les troubles des conduites alimentaires (TCA) ?	5
1.2.1	Eléments d'épidémiologie	5
1.2.2	Coût socio-économique des TCA	7
1.2.3	Bénéfice attendu de la prévention des TCA.....	9
2	La prévention primaire : qu'est-ce qui a fait preuve d'efficacité pour les TCA?..	10
2.1	Quels sont les facteurs de risque des TCA ?	10
2.1.1	Quels facteurs de risque pour quel TCA ?	10
2.1.2	Quel poids pour quel FdR ?	13
2.2	Quelles interventions de prévention primaire ?	13
2.3	Interventions de prévention primaire sur les FdR	14
2.3.1	Interventions de prévention primaire visant un impact sur les TCA	15
2.3.2	Interventions de prévention primaire visant un impact sur les symptômes de TCA ou les FdR.....	17
2.3.3	Quelles actions de prévention primaire ont été menées en France ? ...	20
2.3.4	Discussion des résultats	21
2.3.5	Quelles actions de prévention primaire proposer en France ?.....	23
3	La prévention secondaire des TCA : comment repérer et amener les patients aux soins précocement ?	24
3.1	Dépistage/Repérage précoce	24
3.1.1	Définition et rationnel	24
3.1.2	Repérage précoce : que nous dit la revue de la littérature ?.....	25
3.1.3	Quelles actions de promotion du repérage précoce proposer en France ?	28
3.2	Améliorer l'accès au soin.....	28
3.2.1	Etat des lieux	28
3.2.2	Freins à l'accès aux soins	30
3.2.3	Quelles interventions pour faciliter l'accès aux soins	31
3.2.4	Quelles actions de promotion l'accès aux soins en France	32
3.3	Interventions précoces	33
3.3.1	Justificatif	33

3.3.2	Modalités.....	33
3.3.3	Recommandations pour développer une intervention précoce	35
3.3.4	Vers quel développement de l'intervention précoce en France.....	37
4	Références.....	40
5	Annexe : méthodologie	50
5.1	Recherche bibliographique sur la prévention	50
5.1.1	Prévention primaire.....	50
5.1.2	Prévention secondaire	51
5.2	Autres sources.....	53

Les recommandations de bonne pratique clinique nationales et internationales soutiennent depuis de nombreuses années la nécessité de développer les préventions primaire et secondaire pour les TCA (1–5).

La pandémie de CoViD-19 a créé une situation extrêmement préoccupante en France concernant les troubles des conduites alimentaires (TCA) : leur incidence a explosé et leur gravité a considérablement augmenté, en France comme dans le monde, comme en attestent nombre de publications internationales et nationales sur le sujet (6–16). Cela a aggravé la situation, déjà préoccupante en France avant la pandémie, avec une insuffisance des lieux de soins spécialisés, et ce pour tous les TCA (voir notre tribune du 2 juin 2022 dans le journal Le Monde : « La situation est critique pour les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires comme pour leurs soignants »

https://www.lemonde.fr/sciences/article/2022/06/02/la-situation-est-critique-pour-les-patients-souffrant-de-troubles-des-conduites-alimentaires-comme-pour-leurs-soignants_6128589_1650684.html.

Cette situation rend plus que jamais nécessaire la mise en œuvre une politique de prévention et d'intervention précoce d'envergure (17,18).

Nous proposons ici un état des lieux de ces questions et, à partir des éléments probants issus d'une overview de la revue de la littérature internationale, des propositions pour développer des actions de prévention en France.

1 Prévention et troubles des conduites alimentaires

1.1 Prévention primaire et secondaire : définitions

La prévention est définie par l'OMS, en 1948, comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Elle comprend plusieurs volets, définis par la temporalité à laquelle l'action de prévention est réalisée :

- La **prévention primaire** est constituée de l'ensemble des actions réalisées **avant le développement d'un trouble**. Il s'agit d'actions centrées sur les « facteurs de risque » de développer une maladie ou un accident. Le but dans le cadre d'une maladie est d'en diminuer **l'incidence** (nombre de nouveaux cas dans une population)
- La **prévention secondaire** est constituée de l'ensemble des actions visant à une résolution précoce des troubles. Il s'agit donc de l'ensemble des actions visant à **détecter les problématiques au plus tôt**, mais aussi de **réduire la durée des maladies non traitées** lorsqu'un traitement efficace existe. Le but de la prévention secondaire est de réduire la prévalence des maladies, en agissant le plus tôt et de manière la plus efficace possible.
- La **prévention tertiaire**, quant à elle, vise à **réduire la prévalence des incapacités liées aux troubles**, mais également à **réduire les rechutes** de ceux-ci. Elle se place au moment où une maladie est déjà constituée, voire

chronicisée, et correspond au traitement des complications et à la rééducation dans le cadre de divers troubles liés à la santé.

Par ailleurs, on retiendra la classification de Gordon en 1983 (19) qui classe les diverses actions de prévention, non pas en fonction du moment auquel l'intervention prend place, mais en fonction du public ciblé. On retiendra alors les actions de prévention :

- **Universelles**, qui ciblent l'ensemble de la population, sans distinction de l'état de santé initial des personnes bénéficiant de l'action
- **Sélectives**, s'adressent à une population spécifique, plus à risque de développer un trouble donné que la population générale étant donné son exposition à certains facteurs de risque
- **Ciblées**, qui se concentrent sur des populations dites « à risque », soit une population exprimant déjà un facteur de risque connu, soit une population sub-syndromique pour la pathologie donnée.

1.2 Pourquoi prévenir les troubles des conduites alimentaires (TCA) ?

1.2.1 Eléments d'épidémiologie

1.2.1.1 Définition des TCA dans la littérature internationale

Pour permettre l'évaluation de la fréquence d'un trouble, il faut le définir précisément. Or, la terminologie utilisée dans la littérature internationale est hétérogène et sa traduction suscite de la confusion. On retrouve ainsi le terme « *disordered eating* », qualifiant des perturbations du comportement alimentaire, et le terme « *eating disorder* » qualifiant des troubles des conduites alimentaires définis selon des critères diagnostiques. En outre, ces termes sont traduits en français de manière variable selon les auteurs et les époques, indifféremment par « troubles alimentaires », « troubles de l'alimentation », « troubles du comportement alimentaire » ou encore « troubles des conduites alimentaires ». En outre, au fil du temps, « eating disorder » se réfère à des classifications différentes : actuellement principalement à la Classification internationale des maladies ou CIM (version 11, actuellement) et à la Classification des troubles mentaux de l'association Américaine de psychiatrie ou DSM (dont il existe à ce jour sept versions, la dernière étant le DSM 5). Chacune de ces classifications rassemble dans les TCA différentes entités diagnostiques (comme l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse, l'hyperphagie boulimique, etc.), en nombre variable, et dont les définitions varient pour une même entité.

Dans ce qui suit nous utiliserons « **troubles des conduites alimentaires** » (TCA) pour « Eating Disorder » et « **perturbations de l'alimentation** » pour « disordered eating. »

1.2.1.2 Résumé des données épidémiologiques concernant les TCA dans la littérature internationale

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont des affections très fréquentes : ils touchent 20% des femmes et 15% des hommes (20). Les troubles les plus fréquemment considérés par les études regroupent l'anorexie mentale - AM -, les troubles de restriction ou d'évitement de l'ingestion d'aliments – ARFID -, la boulimie nerveuse – BN - et l'hyperphagie boulimique – HB - (encore appelée accès hyperphagiques), ainsi enfin que les autres troubles non spécifiés.

Les TCA concernent davantage les personnes de sexe féminin : l'anorexie mentale touche un homme (H) pour plus de 10 femmes (F). Le *sex-ratio* H/F est de 1/8 à 1/3 pour la boulimie et de 1/6 à 1/2 pour l'hyperphagie boulimique (21).

Les TCA débutent, pour 3/4 d'entre eux, avant 22 ans (AM et BN) ou 25 ans (HB) (22).

La prévalence vie entière de l'AM, selon le DSM-5, varie dans des échantillons adultes (de plus de 18 ans) entre 0,8% et 3,6% des femmes et 0,1% des hommes avec le DSM-5. Par ailleurs, l'âge des populations étudiées influe sur les prévalences : plus les populations sont jeunes et moins la prévalence est élevée. La moitié des cas d'AM observés en population générale apparaissent avant 18 ans et l'incidence augmente chaque année de vie entre 12 et 17 ans. La puberté est une période de risque pour le développement d'une AM (21).

Concernant la boulimie, sa prévalence sur la vie entière est estimée, en population générale, selon les critères du DSM-IV, à 1% à 1,7 % - jusqu'à 2,6% avec le DSM-5 - et de 0,1% à 0,5 % pour les hommes (21).

L'HB est rare chez les adolescents et préadolescents (0,2 % entre 10 et 18 ans) et varie chez les adultes entre 1% et 4,5 %, en fonction de la définition choisie. La prévalence sur la vie de l'HB est entre 3% et 3,6% pour les femmes avec le DSM-5 et de 2,1% pour les hommes. Ce trouble est fréquemment associé à l'obésité, et plus encore chez les personnes en attente de chirurgie bariatrique, avec une fréquence variant entre 25% et 50%. Plus l'âge de début est précoce, plus les comorbidités sont importantes. L'HB est plus fréquente chez les personnes souffrant d'obésité (21).

Les ARFID ont été peu étudiés, ils ont une fréquence variant de 5% à 22,5% parmi les sujets traités dans les services spécialisés TCA (23).

Les TCA sont des troubles chroniques évoluant sur plusieurs années. Il est fréquent qu'une personne soit affectée par différentes formes de TCA au cours de sa vie. Le repérage des TCA en général est très tardif, en particulier s'ils ne sont pas associés à une dénutrition comme pour la BN et l'HB ; il survient en moyenne après plus de 5 ans d'évolution. Ce délai favorise le développement de complications et conduit à une efficacité moindre des traitements (24).

Les TCA non spécifiques sont, selon les études, 5 à 10 fois plus fréquents que les troubles cités ci-dessus. Les perturbations du comportement alimentaire, qui se manifestent par certains symptômes de TCA sans en réunir tous les critères diagnostics, sont encore plus fréquents. Les TCA non spécifiques et les perturbations du comportement alimentaire doivent néanmoins être détectés et soignés. En effet, il existe des données qui montrent que souffrir de troubles de l'alimentation de type restrictifs ou hyperphagiques, même si ceux-ci ne répondent pas à tous les critères diagnostiques pour parler de troubles avérés, est un facteur de risque de présenter ultérieurement des problèmes de santé physiques et psychiques, ainsi que des problèmes d'insertion sociale (25,26). De plus, 40,2% des personnes qui présentent ces troubles à l'adolescence présentent aussi des TCA avérés à l'âge adulte (27).

1.2.2 Coût socio-économique des TCA

Des rapports sur le coût sociétal induit par les TCA ont été réalisées aux États-Unis (28), en Australie (29) ou en Grande Bretagne (30). Ils montrent que le coût généré par les TCA est considérable, aussi bien en termes de coût économique qu'en termes de conséquences individuelles sur la qualité de vie (31). (cf. illustrations ci-après)

SOCIAL & ECONOMIC COST OF EATING DISORDERS IN THE UNITED STATES

Report by the Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders, Academy for Eating Disorders, and Deloitte Access Economics



[LINK TO REPORT](#)



PREVALENCE & MORTALITY



Percent of the U.S. population, or 28.8 million Americans, that will have an eating disorder in their lifetime

10,200 deaths per year as a direct result of an eating disorder, equating to 1 death every 52 minutes



EATING DISORDERS AFFECT EVERYONE:



- All ages, starting as young as 5 years old to over 80 years old
- All races, however, people of color with eating disorders are half as likely to be diagnosed or to receive treatment¹
- All genders, with females being 2x more likely to have an eating disorder
- All sexual orientations

COST TO ECONOMY & SOCIETY

\$64.7 Billion } Yearly economic cost of eating disorders

Additional loss of wellbeing per year **\$326.5 Billion**

Cost Breakdown:
 Productivity Losses (\$48.6B)
 Informal Care (\$6.7B)
 Efficiency Losses (\$4.8B)
 Health System (\$4.6B)



COST TO HOSPITAL SYSTEMS:

53,918 ER visits

 costing **\$29.3M**

23,560 inpatient hospitalizations

 costing **\$209.7M**

LOSS PER GROUP:

\$23.5B Individuals & Families
 Caregivers provide 6 weeks of informal, unpaid care per year

\$17.7B Government

\$16.3B Employers

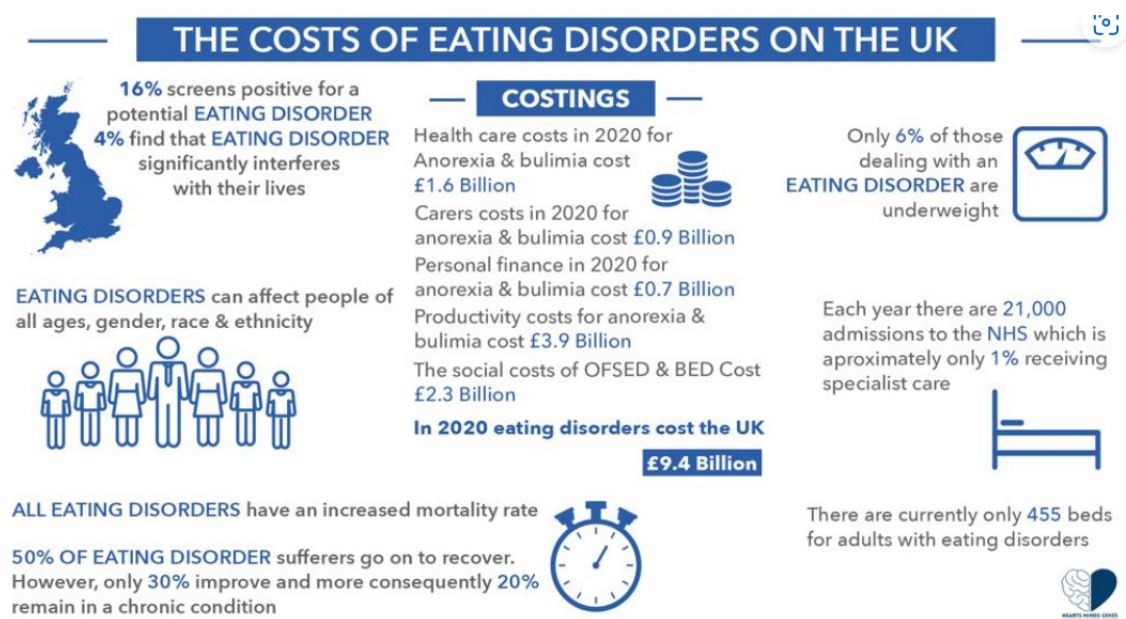
\$7.1B Society

¹Samuello RF, Lipson SK. Disparities in eating disorder diagnosis and treatment according to weight status, race/ethnicity, socioeconomic background, and sex among college students. *International Journal of Eating Disorders* 2018; 1-9.

[@HarvardSTRIPED](#) [@harvardstriped](#) [@STRIPED.Harvard](#)



Extrait de [STRIPED-Economic-Cost-of-ED-Report-Infographic July-2021.pdf](#) ([harvard.edu](#))



Extrait de [The cost of eating disorders \(happiful.com\)](http://The cost of eating disorders (happiful.com))

Réduire les coûts engendrés par les TCA passe (28) par la promotion de soins gradués, intégrés (multidisciplinaires) et spécialisés, ainsi que par la prévention primaire dans la mesure du possible, et surtout par la prévention secondaire permettant un repérage et prise en charge précoces.

1.2.3 Bénéfice attendu de la prévention des TCA

Les TCA sont des affections fréquentes, ayant des conséquences importantes sur la vie des sujets en termes de santé globale et d'insertion sociale. Plus de la moitié des sujets souffrant de TCA, repérés dans les études épidémiologique en population générale, n'ont pas été soignés pour leurs troubles (21). De plus, pour ceux qui sont soignés, le délai entre le début des troubles et le début des soins est de plusieurs années (32) ; or les soins sont plus efficaces quand ils sont précoces. Enfin, les complications augmentent avec la durée d'évolution et la sévérité des troubles.

Du fait de ces éléments, les publications soulignent l'urgence de mettre en place des mesures efficaces pour réduire l'impact des TCA dans nos sociétés, en développant, certes la prévention primaire, mais aussi le repérage précoce (33) et la prise en charge précoce des personnes atteintes de TCA émergents, ce afin de proposer une prise en charge rapide, gage d'une meilleure efficacité et d'une prévention des complications inhérentes (30).

Prévenir la survenue de TCA, ou à défaut les repérer précocement et débiter une prise en charge précoce, permettrait de réduire dans la population leur conséquences délétères en termes de santé et d'insertion sociale, ce qui constituerait un bénéfice important pour les personnes et une économie importante pour la société.

2 La prévention primaire : qu'est-ce qui a fait preuve d'efficacité pour les TCA?

Une intervention de prévention primaire pour les troubles des conduites alimentaires vise à réduire leur incidence, en intervenant, en amont de leur survenue, sur des facteurs de risque identifiés comme étant impliqués dans le développement de ces troubles.

Les TCA ont une origine multifactorielle (34). Leurs facteurs de risques décrits sont nombreux et non spécifiques. Ni le poids relatif de ces différents facteurs, ni le poids de leurs interactions n'est connu. Il existe de multiples modèles bio-psycho-sociaux explicatifs du développement des TCA, faisant intervenir, selon les cas, différents facteurs (par exemple, voir (35)), incluant des éléments génétiques, biologiques, développementaux, comportementaux et sociaux ; donc choisir les cibles pour les prévenir n'est pas aisé.

Devant ce constat, le gouvernement australien a financé une revue de la littérature visant à améliorer la compréhension des facteurs de risque (FdR) des TCA, afin de déterminer quels sont les niveaux de preuve de l'implication de ces facteurs dans le développement des TCA (18) et organiser sa politique de prévention en conséquence.

Nous proposons ici, à partir de ce travail, de faire un point, d'une part, sur les FdR reconnus et, d'autre part, sur le niveau de preuve établi des interventions de prévention des TCA.

2.1 Quels sont les facteurs de risque des TCA ?

2.1.1 Quels facteurs de risque pour quel TCA ?

La connaissance de ces FdR est essentielle pour affiner les modèles étiologiques, qui peuvent éclairer l'élaboration de programmes ciblés, fondés sur des données probantes en matière de prévention, d'intervention précoce et de traitement. Le travail cité ici visait à éclairer l'élaboration de la Stratégie nationale australienne de recherche sur les troubles de l'alimentation 2021-2031. Cette revue synthétise la diversité des FdR connus en 9 catégories :

- Génétique,
- Microbiote gastro-intestinal et réactions auto-immunes,
- Expositions pendant l'enfance et au début de l'adolescence,
- Traits de personnalité et problèmes de santé mentale comorbides,
- Sexe,
- Statut socio-économique,
- Minorité ethnique,

- Image corporelle et influence sociale,
- Sports d'élite.

Ils classent ensuite ces FdR avec les TCA qui leur sont associés dans le tableau suivant (18) :

Table 1 Risk factors associated with EDs

Risk factor category	Features of risk factor	Associated ED
Genetic	See Sect. Introduction and Table 2 for details	AN, BN, BED
Gut microbial dysbiosis	<i>Escherichia Coli</i> (ClpB)	AN
Autoimmune disease	Diabetes, inflammatory gastrointestinal disease	AN, BN, EDNOS
Childhood weight status	Low BMI	AN
	High BMI	BN, BED
Relationship with parents	Parent perception that the child is overweight	AN-BP, BN, BED, PD
	Parental teasing about weight	AN-BP, BN, BED
	Perceived pressure from parents to eat	ARFID
Neglect/abuse/trauma		AN, BN, BED, PD
Personality traits	Post-traumatic stress disorder	BED
	Perfectionism	AN-R, A-AN
	Obsession	AN-R, A-AN
Comorbid conditions	Impulsiveness	AN-BP, BN, BED, PD
	Obsessive compulsive disorder	AN
	Social anxiety disorder	BN, AN
	Borderline personality disorder	BN, BED, PD
Social/environmental	Bipolar disorder	BN, BED
	Depression	All EDs
	Exposure to 'thin ideal'	All ED
	Body dissatisfaction	BN, BED, PD
	Early puberty development	BN, AN
	Food insecurity	Binge eating behaviours
	High educational attainment	Restricting type ED behaviours
Involvement in elite sports	All ED	

ED eating disorder; *AN* anorexia nervosa; *BN* bulimia nervosa; *BED* binge eating disorder; *EDNOS* eating disorder not otherwise specified; *BMI* body mass index; *AN-BP* anorexia nervosa (binge-purge subtype); *PD* personality disorder; *ARFID* avoidant restrictive food intake disorder; *AN-R* anorexia nervosa (restrictive subtype); *A-AN* atypical AN

Dans une autre revue de la littérature et méta-analyse, testant l'efficacité des programmes de prévention primaire sur le développement des troubles alimentaires, Stice rappelle que les facteurs de risque de développer des troubles des conduites alimentaires sont spécifiques à chaque pathologie (cf. table 1 ci-dessous (36)). Selon lui, la perte de poids rapide (*weight suppression*) est par exemple un facteur de risque de développer une anorexie mentale ou une boulimie nerveuse, mais pas une hyperphagie boulimique ; alors que des conduites passées de restriction semblent plus liées au développement de conduites de boulimie ou d'hyperphagie qu'au développement de l'anorexie mentale.

Table 1
Eating disorder risk factors.

Eating disorder risk factors	Eating disorder type				
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Binge eating disorder	Purging disorder	Any eating disorder
Social					
Social pressure for thinness		x			x
Pursuit of the thin beauty ideal		x	x	x	x
Social support deficits		x			x
Impaired psychosocial functioning	x	x	x	x	
Psychological					
Overvaluation of weight and shape	x	x		x	
Self-objectification					x
Body-dissatisfaction		x	x	x	x
Feeling fat		x	x	x	
Fear of weight gain	x	x	x	x	
Negative affect		x	x	x	x
Low interoceptive awareness		x			
Biological					
Parental overweight					x
Overeating		x	x	x	
Binge eating		x	x	x	
Dieting		x	x	x	x
Weight suppression	x	x		x	
Low BMI	x				
Compensatory behaviors		x		x	
Alcohol use		x			x
Female sex					x

2.1.2 Quel poids pour quel FdR ?

Dans la littérature scientifique, Solmi *et al.* ont étudié le niveau de preuve lié aux FdR des TCA identifiés. Pour cela, ils ont réalisé une *overview* ou *umbrella review* en 2021 (37), incluant une méta-analyse des résultats de neuf méta-analyses sur le sujet. Ce travail concerne au total 29 272 sujets atteints de TCA et 1 679 385 témoins et fournit des éléments de preuve sur 50 facteurs de risque.

Cette revue n'a retrouvé aucune association étayée par un niveau de preuve élevé pour les FdR et les TCA contrairement à ce qui a été trouvé dans d'autres troubles psychiatriques. En outre les FdR ne sont pas spécifiques et liés à d'autres troubles psychiatriques.

Seuls ont été identifiés des niveaux de preuves hautement suggestifs (*highly suggestive evidence*) d'une association entre, d'une part, la violence sexuelle subie durant l'enfance et la survenue de boulimie nerveuse et, d'autre part, entre le harcèlement lié au physique (*appearance-related teasing*) et la survenue d'un TCA (tous diagnostics confondus). Aucun facteur spécifique l'AM n'a été identifié.

D'autres facteurs sont seulement suggestifs (*suggestive evidence*) des TCA en général. Ces facteurs sont susceptibles de contribuer au développement de tout type de trouble des conduites alimentaires. Parmi eux, certains ont été la cible d'interventions de prévention primaire, comme :

- la pression perçue à être mince (internalisation de l'idéal de minceur),
- les affects négatifs,
- l'insatisfaction corporelle.

Le trouble de déficit attentionnel, avec ou sans hyperactivité (TDA-H), est aussi classé comme suggestif de TCA.

D'autres facteurs semblent plus spécifiquement associés (*suggestive evidence*) à un type de trouble comme : les abus sexuels dans l'enfance et le TDA-H, qui semblent contribuer plus spécifiquement au développement de l'hyperphagie boulimique ; les conduites de restriction alimentaire à l'apparition de la boulimie nerveuse ; et un score d'APGAR inférieur à 7, à 5 minutes de vie, à l'anorexie mentale (37).

Ces facteurs constituent les cibles prioritaires des interventions et peuvent être complétés par un travail sur les facteurs protecteurs, tels que les compétences émotionnelles et relationnelles (38).

2.2 Quelles interventions de prévention primaire ?

La littérature sur la prévention des TCA pose un problème de sémantique parce que certaines études, déclarant se centrer sur la prévention des TCA, concernent en

réalité les facteurs de risque de TCA ou les perturbations de l'alimentation, et non les TCA en eux-mêmes. Les perturbations de l'alimentation sont très variables selon les études : de quelques symptômes isolés à des troubles non spécifiés. La plupart des études postulent que, prévenir les perturbations de l'alimentation ou agir sur les potentiels facteurs de risques, prévient les TCA, ce qui est un saut conceptuel non prouvé actuellement.

Seules les études de prévention primaire recherchant si les interventions ont fait preuve de leur efficacité sur la diminution des TCA explorent réellement la question de la prévention primaire des TCA. Or, la majorité des études ont investigué l'impact des interventions, non sur la survenue des TCA, mais sur la diminution des FdR ou des symptômes de TCA (critères de jugement intermédiaires) ; elles ne donnent par conséquent que des éléments indirects sur la prévention des TCA.

Nous exposerons successivement les interventions réalisées qui visaient à réduire les facteurs de risque, puis à diminuer les TCA et enfin celles visant à réduire les symptômes de TCA.

2.3 Interventions de prévention primaire sur les FdR

Compte tenu de la sévérité des TCA et de leur chronicité, l'idée de développer une prévention primaire est apparue dès les années 1980. Depuis beaucoup d'interventions ont été testées.

Initialement, les études se sont centrées sur des interventions de psychoéducation sur les TCA. Celles-ci se sont avérées avoir des effets délétères sur la survenue de TCA. Cet effet est probablement en lien avec la fascination éprouvée par les jeunes devant la présentation de symptômes évoquant une forme de contrôle et de puissance, à un âge développemental où les jeunes sont régulièrement déstabilisés par le regard de l'autre, les changements physiques ou psychiques liés à l'adolescence.

Les interventions se sont ensuite diversifiées et ont montré une efficacité sur la diminution de certains facteurs de risque (39). Stice et Shaw en 2004 (40) ont défini, à partir d'une revue et méta-analyse, les critères nécessaires pour développer une intervention de prévention primaire efficace. Pour être efficace, une intervention doit être :

- Sélective (centrée sur des individus plus à risque de développer des TCA), plutôt qu'universelle
- Réalisée sur plusieurs séances (multisessions)
- Interactive, plutôt que sous forme d'une présentation magistrale didactique
- En petit groupe
- Pour des personnes de sexe féminin seules
- Pour des personnes > 15 ans

Une autre revue systématique de la littérature, recensant les interventions efficaces (39), a également montré que l'âge des participants est un critère important pour définir les interventions :

- **Avant 15 ans** : les programmes d'éducation aux médias, associés ou non à des programmes d'éducation nutritionnelle, réalisés en prévention universelle (sur des classes entières) et centrées sur des facteurs de risque communs aux TCA et à l'obésité, montraient une réduction de facteurs de risque comme : les préoccupations corporelles ou liées au poids, le temps passé devant les écrans, l'internalisation de l'idéal de minceur, les symptômes alimentaires (vomissements induits, utilisation de pilules à visée amincissante) ou encore les conduites actives de recherche de la minceur (restriction alimentaire, comportements de contrôle du poids). Ces résultats s'expliquent aisément par le développement de l'esprit critique concernant les messages transmis par les médias, proposant ainsi le développement de compétences psychosociales accrues chez les enfants ayant bénéficié d'une telle intervention.
- **Après 15 ans** : chez l'adolescent comme chez l'adulte, les études montrant la meilleure robustesse scientifique font intervenir des protocoles de dissonance cognitive (vise à demander aux participants de développer un argumentaire allant à l'encontre de l'idéal de minceur véhiculé par les médias, qui pourra ainsi être ensuite appliqué dans leur vie). Ainsi, le « *Body Project* » est une intervention qui a une efficacité, à moyen comme à long terme, sur la réduction des facteurs de risque, tels que les conduites de restriction ou boulimiques, l'internalisation de l'idéal de minceur, les affects négatifs liés à la silhouette ou encore l'insatisfaction corporelle. Ces résultats ont été confirmés dans plusieurs revues systématiques ou méta-analyses.

Le principal écueil de ces études développées en prévention primaire des TCA est que leurs principaux critères d'efficacité sont souvent la diminution des FdR ou de symptômes de TCA. Or, la diminution des facteurs de risque ou des symptômes alimentaires (qui ne signent pas l'existence d'un TCA) n'est pas équivalent à la diminution de l'incidence des troubles des conduites alimentaires, cette dernière reste incertaine dans la plupart des études (41).

Nous abordons dans ce qui suit la revue sur les interventions visant les TCA, puis celle visant les symptômes de TCA.

2.3.1 Interventions de prévention primaire visant un impact sur les TCA

Stice *et al.* ont réalisé une méta-analyse, publiée en 2021 (36), visant à recenser quelles interventions avaient réellement un effet sur la diminution de l'incidence des TCA. Pour cela, il a réalisé une revue des essais contrôlés randomisés qui avaient testé si un programme de prévention sélectif des TCA réduisait significativement l'apparition future de ces troubles. Il a identifié 15 essais entre 2005 et 2020 (sur la période 1980-2020) sur 126 à 680 sujets, totalisant 5080 participants (âges moyens de 14,5 à 22,3 ans).

Seuls trois des programmes étudiés ont pu montrer un effet significatif de réduction des TCA de 54% à 77% dans une ou plusieurs études, en comparaison à une autre intervention :

- Le programme « *Body Project* » développé par Stice *et al.* (25-27) :
Ce programme a montré son efficacité après un suivi de de 1 à 4 ans. Il propose quatre séances d'une heure, délivrées sur trois semaines, et a été proposé à des sujets entre 14 et 22 ans. Il est basé sur le principe de la création d'une « dissonance cognitive » (45) ; il vise à créer une contre-attitude par rapport à l'idéal de minceur véhiculé dans les médias et qui est aussi une croyance intégrée par les jeunes femmes ayant des préoccupations corporelles invalidantes. Il est efficace quand il est délivré ou co-délivré par des pairs similaires en âge et en sexe (et non lorsqu'il est animé par des cliniciens). Les données sont néanmoins fragiles car elles ont été obtenues sur des effectifs totaux modestes de 447 à 680 sujets, soit environ 120 à 150 sujets par groupe. En outre ces études considèrent les TCA avérés (*full-threshold*) et infraclinique (*sub-threshold*). Les résultats des études d'évaluation montrent que ce programme :
 - réduit significativement l'apparition des TCA sur 3 essais effectués dans 2 pays différents
 - produit des effets observés jusqu'à 4 ans après l'intervention
 - est plus efficace si le programme animé par des pairs qu'en version informatique.

- Le programme « *Healthy Weight* » ou poids de bonne santé (26, 29) a été proposé à des sujets entre 14 et 19 ans. Il est proposé sur trois semaines et inclut une heure d'intervention hebdomadaire en groupe, visant à l'adoption de comportements de santé.
Il a lui aussi été évalué sur des effectifs totaux modestes de 398 à 480, soit environ 120 à 200 sujets par groupes. Il considère, comme critère d'évaluation de son efficacité, le nombre de TCA avérés (*full-threshold*) et de TCA infraclinique (*sub-threshold*) survenus lors du suivi (de 1 à 3 ans), Les résultats des études d'évaluation montrent que ce programme :
 - réduit significativement l'apparition des TCA sur 2 essais
 - l'effet est moins significatif lorsque des hommes sont présents dans le groupe recevant l'intervention
 - l'effet est moins important que pour le « *Body Project* »

- Le programme norvégien de Martinsen (47) est une intervention de prévention ciblée. Il a été délivré à 463 étudiants en première année d'étude de sport d'élite. Il cherchait à stimuler l'estime de soi et le sentiment d'efficacité personnelle de ces jeunes athlètes. Il comportait 4 interventions de 90 min réparties sur une année, couplées à des interventions dans les médias d'athlètes reconnus, à une psychoéducation sur la nutrition et sur le développement physiologique et psychologique à l'adolescence. L'étude réalisée a montré que ce programme réduisait significativement l'apparition des TCA et les symptômes de TCA.

Les effets des interventions de prévention étaient significativement plus importants dans les essais qui recrutait des participants présentant des élévations sur un seul facteur de risque par rapport à des élévations de plusieurs facteurs de risque et dans les programmes de prévention de modification du mode de vie (*healthy lifestyle modification prevention programs*) par rapport aux programmes de prévention cognitivo-comportementale.

Les études de psychoéducation, de thérapie interpersonnelle, de thérapie cognitivo-comportementale, de thérapie comportementale ou de thérapie familiale sélectionnées ne montraient pas d'efficacité dans la diminution de l'incidence des TCA.

Ces résultats sur la réduction de l'incidence des TCA sont globalement concordants avec d'autres revues de la littérature et méta-analyses, telle que la publication de Harrer *et al.* en 2020 (48) qui recense les études menées en milieu universitaire (et qui confirme également des effets légers à modérés sur la diminution des facteurs de risque de TCA)

En conclusion, le niveau de preuve sur l'efficacité des programmes de prévention primaire sur la réduction des TCA n'est pas très étayé (peu d'essais, sur des effectifs faibles), mais semble prometteur en particulier pour le « *Body Project* ». Ces interventions sont peu coûteuses en temps et visent tous types de TCA.

2.3.2 Interventions de prévention primaire visant un impact sur les symptômes de TCA ou les FdR

Plusieurs autres types d'interventions semblent obtenir des effets intéressants sur la réduction de facteurs de risque de TCA ou des symptômes liés aux TCA (sans évaluation de l'impact sur l'incidence des TCA), avec des niveaux de preuve variables (liés au nombre d'études et de sujets inclus). Nous les présentons par ordre décroissant d'éléments probants (nombre d'études et de sujets dans les méta-analyses, hétérogénéité des études et importance des effets).

2.3.2.1 FdR liés aux médias et aux pressions sociales

Les approches ayant le plus fait la preuve de leur intérêt sont celles en prévention universelle ou sélective. Elles évaluent l'utilisation d'interventions d'éducation aux médias, de résistance aux pressions sociales ou de changement de style de vie sur l'image du corps, les perturbations du comportement alimentaire ou le contrôle extrême du poids. Deux synthèses de la littérature (49,50) ont été réalisées chez l'enfant et l'adolescent sur ce sujet.

La première (49) est une revue et une méta-analyse. La revue retrouve, entre 2007 et 2017, 30 études (essais randomisés, quasi randomisés, études de cohortes et études avant/après intervention) avec 12 673 sujets âgés de 6 à 12 ans. Elles se centrent sur les programmes sélectifs ou universels spécifiques aux TCA. Elle exclut

les interventions ciblées ou indiquées pour les enfants présentant des symptômes de TCA. Les études sont réparties en deux groupes :

- 30 études sur la prévention des TCA, conçues spécifiquement pour cibler les problèmes d'image corporelle, les perturbations du comportement alimentaire et/ou le poids extrême et contrôler les comportements
- 9 interventions, plus larges, axées sur le mode de vie (activité physique, alimentation saine intégrant du contenu relatif au corps image, perturbations du comportement alimentaire ou comportements extrêmes de contrôle du poids)

La méta-analyse porte sur 16 études qui rapportent des données d'évolution de l'image corporelle en pré/post intervention.

Les études retenues relatent les changements post-intervention liés à des FdR ou des symptômes des TCA très variés comme l'image corporelle (par exemple, l'estime corporelle, l'estime de soi corporelle, l'estime musculaire, l'image corporelle, insatisfaction corporelle, satisfaction corporelle, problème de forme ou de poids, acceptation) ou des comportements alimentaires désordonnés ou un contrôle extrême du poids (par exemple, comportement lié à un régime, comportements et attitudes tels que manger avec modération et trop manger).

Les interventions, elles aussi très variées, concernaient l'image corporelle (27), l'éducation aux médias (24), les idéaux culturels (16), la littératie sur les comportements alimentaires (13), l'activité physique (13), les caractéristiques individuelles (6), l'alimentation pour une bonne santé (8), la santé mentale (2).

Ces interventions étaient basées sur des méthodes très diverses : des groupes de discussion (15), des devoirs (8), des clips vidéo (6) des jeux de rôle (4), des livres ou fichiers (4), une définition et planification des objectifs (2)

La revue divise les résultats en considérant, d'une part, les études de prévention universelle ou sélective visant la prévention des TCA et, d'autre part, celles visant le mode de vie et incluant des items sur les perturbations du comportement alimentaire, l'insatisfaction corporelle et le contrôle pondéral.

Globalement, malgré la diversité des études, elle conclut que la plupart des interventions ont montré une amélioration dans un ou plusieurs domaines liés à l'image corporelle, à l'internalisation des idées de minceur (tels que l'estime corporelle, l'image corporelle) ou aux comportements de contrôle du poids (les comportements restrictifs ou de suralimentation).

En revanche, les résultats sont plus mitigés pour les perturbations du comportement alimentaire. De manière similaire, le maintien des effets lors des suivis est variable.

La méta-analyse (portant principalement des études de prévention universelle ou sélective) a montré une amélioration significative de l'image corporelle chez les filles dans toutes les études, mais pas pour les garçons.

La seconde (50) est une revue et une méta-analyse qui porte sur les essais contrôlés et contrôlés randomisés exclusivement. Elle visait à évaluer la prévention universelle sur l'image corporelle - la satisfaction corporelle, l'insatisfaction corporelle et l'estime corporelle - ou l'intériorisation des idéaux d'apparence (*internalization of appearance ideals*). Elle porte sur les 5-17 ans et retrouve 22 études sans limite de date jusqu'en 2020. Elle a inclus 9093 personnes et se centre sur les interventions universelles portant sur les sujets et les parents, avec groupe témoins sans intervention active. Les interventions universelles se sont avérées efficaces (avec un très petit effet) pour améliorer l'estime corporelle des enfants, l'estime de soi et l'intériorisation des idéaux de minceur, après l'intervention et lors du suivi, mais pas la satisfaction corporelle ni l'insatisfaction corporelle en pré/post intervention et lors du suivi. Les analyses en sous-groupes ont révélé que les filles bénéficiaient davantage de ces interventions que les garçons. Les interventions multisessions, d'une durée optimale d'environ un mois, se sont avérées plus efficaces.

2.3.2.2 Perfectionnisme

Les études, visant spécifiquement le perfectionnisme comme FdR des TCA, sont recensées par la revue et méta-analyse de Robinson et Wade en 2021 (51). Les études sont très hétérogènes (6 en population clinique et 9 en non clinique, impliquant de 3 à 62 sujets) : séries de cas, essais randomisés études qualitatives ou autres. La revue a inclus 15 études, publiées entre 2008 et 2020, 1/3 des interventions sont auto-administrées et 2/3 guidées par un clinicien ou un chercheur. La méta-analyse a inclus 8 études comparant les éléments pré/post intervention dans les échantillons et 9 avec des comparaisons intergroupes.

L'ensemble de ces études montre un impact significatif et important des interventions sur le niveau de perfectionnisme et sur les perturbations du comportement alimentaire. Cela est observé en population clinique et non clinique, aussi bien en termes d'évolution pré/post intervention que lorsque l'on compare cette évolution avec un groupe témoins. Un effet significatif et modéré sur l'anxiété et la dépression est observé en intra groupe. Le petit nombre de sujets et leur faible diversité limite la généralisation de ce résultat.

2.3.2.3 Interventions visant des FdR et des perturbations du comportement alimentaire

- Une méta-analyse (52) sur 24 études (dont 15 avaient des groupes de moins de 30 sujets) , avec 13 essai contrôlés randomisés, un essai non randomisé et 10 études pré-post traitement unique, dont 2 de prévention universelle, 20 de prévention sélective et 2 ciblées utilisant la psychothérapie TCC (3^e vague) comme intervention de prévention primaire. Ils concernent majoritairement des échantillons adultes (20). Les études concernent majoritairement des personnes en surpoids (11) ou normo pondérales avec des perturbations du comportement alimentaire. Les interventions comportent de 3 à 12 sessions en présentiel ou en ligne. Cet article

montre un effet significatif modeste pré-post intervention et au cours du suivi pour les perturbations du comportement alimentaire et un effet pré-post intervention sur les préoccupations corporelles, et sans effets sur l'incidence des TCA (36). Les interventions basées sur la thérapie dialectique étaient celles ayant le meilleur effet pour les perturbations du comportement alimentaire. Leur effet est meilleur en comparaison des groupes témoins, mais pas en comparaison d'autres interventions. Les conclusions sont fragiles, du fait du type d'études incluses (faibles effectifs, peu d'études comparatives) et concernent plus la prévention sélective ; elles ne peuvent être généralisées à la prévention universelle (seulement 2 études).

- Une revue et méta-analyse s'est centrée sur l'utilisation d'exercices spécifiques de Yoga comme intervention de prévention, mais a un très bas niveau de preuve. La revue ne comprend pas d'essais randomisés évaluant l'apport du yoga, mais des études corrélationnelles, non contrôlées, contrôlées et qualitatives. Elle rassemble 43 études - 11 ont été incluses dans la méta-analyse - sur 754 personnes, dont 6 études en population clinique. Les auteurs concluent à un effet significatif sur la psychopathologie alimentaire générale, la gestion des émotions, les préoccupations corporelles et les conduites de boulimie et de purge (53), en particulier en population clinique. Les analyses en sous-groupe ne montrent pas d'effet significatif en populations non cliniques, ce qui ne permet pas de soutenir l'utilisation de ces protocoles en prévention.

- Les méthodes d'auto-traitement (*self-help*) sont abordées dans une méta-analyse qui regroupe 7 essais contrôlés randomisés pour des jeunes entre 13 et 24 ans, hétérogènes : les interventions sont guidées (1) ou non guidées (6), réalisées, par le biais de livres (3) ou de programmes délivrés en ligne (3), à but de prévention (3 ciblée ou 2 universelles) ou de traitement des symptômes alimentaires (2 études). Elle inclut 985 participants dont l'âge moyen est de 19 ans. Un très petit effet significatif est observé après l'intervention, mais pas lors du suivi, et principalement sur les crises de boulimie. Les limites comportent un manque de comparaisons de traitements actifs, un petit nombre d'essais inclus et peu d'études incluaient une tranche d'âge (54). Ces interventions ne montrent pas, à ce jour, le niveau de preuve suffisant pour les considérer comme une alternative intéressante en termes d'action de prévention probante.

2.3.3 Quelles actions de prévention primaire ont été menées en France ?

Le programme « *Body Project* » a été traduit en français dans le cadre d'une thèse de psychologie (55). Il a fait l'objet d'une évaluation sur 68 sujets de 10 à 16 ans. La conclusion de ce travail (non publié à ce jour) n'est pas en faveur de cette approche dans ce groupe d'âge, alors que dans la littérature, elle avait fait preuve de son efficacité à un âge plus avancé. Dans cette thèse est aussi présenté un programme de dissonance cognitive destiné aux parents (non publié à ce jour).

La question de l'impact des médias et de la maigreur des mannequins est une préoccupation politique en France. Ainsi, en 2006, avait été déposé un projet de loi contre l'incitation à maigreur extrême et, en 2017, la loi de santé a introduit deux éléments censés lutter contre l'anorexie ou la maigreur extrême (56). Ceci est explicité sur le site de la CNAM (57) : « De façon à donner à notre société une image plus réaliste de l'aspect physique et à ne pas faire de la maigreur un idéal de beauté (idéal auquel sont sensibles les jeunes les plus fragiles), la loi de modernisation du système de santé de 2016 et ses décrets d'application de 2017 introduisent l'obligation d'apposer la mention "**photographie retouchée**" dès lors que la silhouette des mannequins a été affinée ou épaissie par un logiciel de traitement d'image dans les photographies à usage commercial ».

L'arrêté du 4 mai 2017 permet aux médecins du travail et de la prévention des risques professionnels de vérifier, à travers la délivrance d'un **certificat médical** tous les deux ans, que l'évaluation de l'état de santé des mannequins, notamment au regard de leur **indice de masse corporelle**, leur permet l'exercice de leur profession. »

L'impact de ces articles de loi devrait être évalué.

2.3.4 Discussion des résultats

Certaines pistes sont dégagées par la littérature sur des cibles de prévention à envisager.

Une difficulté notable des programmes de prévention primaire est leur mise en œuvre. En effet, la plupart des études réalisées à ce jour nécessite la disponibilité de professionnels formés pour mettre en place, tester et former les populations locales à la réalisation de ces actions sur le terrain. A cela s'ajoute, en France, la difficulté de devoir traduire ces programmes - qui sont tous en anglais - ou de devoir former des formateurs en anglais pour ensuite diffuser les programmes en français.

Le problème lié à la formation et à la diffusion des programmes en présentiel pourrait être contourné par la proposition d'interventions réalisées en ligne, dont l'efficacité a pu être démontrée par plusieurs revues systématiques de la littérature et méta-analyses (58–61), même si elle est moins bonne que celle des interventions en présentiel. L'avantage de ces interventions est la possibilité de produire une action individualisée, centrée sur les facteurs de risque ou les problématiques propres à chaque individu, par le biais de messages de prévention universelle et sélective/ciblée sur certains facteurs de risque ou conduites spécifiques, en fonction des réponses individuelles aux interventions.

Néanmoins, les revues citées montrent une efficacité sur la réduction de certains facteurs de risque, mais n'ont pas encore pu démontrer un effet sur la réduction de l'incidence des troubles des conduites alimentaires. De plus, malgré l'apparente facilité de dissémination des outils en ligne, on retrouve peu d'études ayant

testé la dissémination à grande échelle d'une intervention qui ferait consensus ; et si la validité interne des études semble satisfaisante, on retrouve peu d'information sur les éléments témoignant de leur validité externe (taux de rétention dans l'étude, représentativité des participants), amenuisant la valeur théorique de ces interventions, chez les adolescents (61) comme chez les adultes (60). Ces études nécessitent une meilleure évaluation de leurs effets afin de permettre une dissémination à plus grande échelle (44-46).

Ainsi on retrouve peu d'interventions impliquant les parents, alors même qu'ils pourraient avoir des impacts positifs sur la réduction de certains facteurs de risque comme l'insatisfaction corporelle ou aider au développement de l'esprit critique nécessaire à une bonne résilience face aux images induisant l'idéal de minceur (63).

On notera que, si la prévention des TCA peut se montrer efficace, il est nécessaire de prendre en considération la lutte contre l'obésité, une autre problématique de santé publique actuelle. Néanmoins, si certains auteurs ont pu tenter de proposer des interventions visant les deux problématiques, il ne semble pas y avoir à ce jour de données probantes sur un type d'intervention efficace sur les deux en même temps (64).

Au-delà d'une définition catégorielle des TCA, un large corpus de données, qu'elles soient cliniques, de neuroimagerie, neurocognitives ou comportementales, indique que les TCA sont des troubles présentant plusieurs stades d'évolution au fil du temps. Les TCA constitueraient un large ensemble regroupant les situations dites à risque (regroupant des symptômes sans atteindre les critères nécessaires pour un diagnostic avéré, jusqu'à des formes caractérisées (*full-threshold*), puis des formes chroniques, en passant par des formes appelées atypiques ou partielles ou subcliniques (*sub-threshold*)). Selon cette acception, au fur et à mesure que la maladie progresse, les symptômes deviennent de plus en plus ancrés et la réponse au traitement est moins bonne au fil du temps, justifiant une approche la plus précoce possible (65). Cette conceptualisation des TCA justifie une approche de prévention pour éviter la constitution de formes avérées ou, à défaut, de formes chroniques. Si l'on considère les troubles des conduites alimentaires comme des maladies présentant plusieurs stades d'évolution, comme proposé par Treasure *et al.*, certaines études peuvent être considérées comme « à cheval » entre la prévention primaire et l'intervention précoce (65). Si l'on considère que les perturbations du comportement alimentaire sont en fait le début de TCA avérés, il sera donc parfois intéressant de se pencher sur les études évoquant une intervention précoce, pour trouver les études pertinentes pour les sujets dits à « haut risque » de développer un TCA. En effet, les patients présentant ce type de difficultés pourraient alors être considérées comme des patients débutant un trouble alimentaire, étant encore sub-syndromique et à risque de développer un trouble alimentaire constitué. C'est ainsi que sont définies des interventions diffusées par internet comme *ProYouth* (soutien par le biais de forums (66)) ou *AcceptMe* (67), qui semblent efficaces sur la diminution de facteurs de risque et de désordres alimentaires chez des jeunes ayant un trouble non constitué.

En Europe, le programme *ProYouth* est financé par l'Union Européenne : il s'agit d'un projet en ligne pour améliorer l'aide et augmenter la satisfaction corporelle et les habitudes alimentaires saines, comprenant une composante de psychoéducation, mais aussi du feedback, de l'aide par les pairs et un contact optionnel avec un psychologue en cas de besoin (68)

On retrouve également le développement de programmes en ligne, basés sur les TCC (*Student bodies* (69) et *Healthy Body Image* (70)), visant les formes subcliniques des TCA, et qui possèdent des modules spécifiques d'intervention précoce aux effets positifs (aux USA comme en Allemagne).

La thérapie familiale a également été testée comme intervention de prévention pour des jeunes ayant des anorexie mentale subcliniques. Cette intervention (Lock et Le Grange) montre des résultats plus intéressants si ce type de thérapie est utilisée chez les patients les plus malades, par rapport aux stades plus précoces (71).

De plus, une revue de littérature recense les interventions efficaces sur les symptômes alimentaires et les symptômes dépressifs comorbides (72). En effet, la présence de symptômes dépressifs, associés aux éléments du début des troubles alimentaires, contribue à la complexité et à la gravité de ces troubles, les deux éléments pouvant s'aggraver mutuellement. Plusieurs interventions montraient déjà une diminution des affects négatifs chez les personnes à haut risque de développer un trouble alimentaire (en particulier l'utilisation de la dissonance cognitive chez les plus de 15 ans), mais il est supposé que ces effets pourraient ne pas être transposables chez les personnes déjà symptomatiques.

2.3.5 Quelles actions de prévention primaire proposer en France ?

Les TCA débutent le plus souvent à l'adolescence et agir en amont semble être l'un des leviers essentiels à la diminution de leur incidence. Pour se faire, il serait intéressant, en collaboration avec l'éducation nationale, de :

- **Développer, chez les jeunes adolescents, les actions d'éducation aux médias**, afin d'apprendre aux plus jeunes à critiquer les images qu'ils voient dans un sens plus propice au développement de leur esprit critique, en prévention universelle
- Plus tard, en fin de collège-début du lycée, **développer le programme *Body Project*** (adapté en France), en s'appuyant sur une collaboration avec l'Éducation Nationale, en montant un large programme centré sur les adolescentes, en prévention sélective.

De plus, l'évaluation de l'impact des deux articles de la loi de santé de 2016 devrait être envisagée.

3 La prévention secondaire des TCA : comment repérer et amener les patients aux soins précocement ?

Il est fondamental de repérer précocement les personnes souffrant de TCA, afin de proposer au plus tôt une intervention que l'on sait plus efficace et évitant les complications (56, 57). Les interventions précoces permettent aussi d'éviter de faire porter un coût important aux personnes en souffrance (coût sanitaire et social) et au système de santé dans son ensemble (coût des soins non négligeable une fois les troubles constitués et chronicisés).

Ces points peuvent être repris de manière générale en la nécessité :

- d'améliorer le dépistage et/ou repérage précoce
- d'améliorer l'accès aux soins

Les recommandations de la HAS (58, 59) et le rapport DGOS-FFAB (75) pointent avec insistance la nécessité d'améliorer le repérage précoce et l'accès aux soins.

3.1 Dépistage/Repérage précoce

3.1.1 Définition et rationnel

Selon l'OMS, le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée, jusque-là inaperçue. La thèse de N. Kalindjian expose qu'il est actuellement prématuré d'envisager le dépistage des TCA. En effet, l'existence de symptômes de TCA (ou une perturbation des conduites alimentaires) n'est pas forcément un signe du début d'un TCA. Il n'existe pas de test de dépistage et il n'y a pas, à ce jour, de critères précis déterminant à partir de quand on traite les TCA (76).

En revanche, elle rapporte que les recommandations de bonne pratique clinique de la Haute Autorité de Santé en France (1), comme celles du *National Institute for Health and Care Excellence* au Royaume-Uni (77), mettent l'accent sur l'importance d'un repérage précoce des TCA, permettant d'en diminuer la morbidité et la mortalité (78).

Une étude, menée aux Pays-Bas auprès des médecins généralistes, montre qu'un patient, **âgé de 19 ans ou moins au moment de la détection du TCA** par le médecin généraliste, **a 4 fois plus de chances de guérir d'une anorexie mentale et 8 fois plus de chances de guérir d'une boulimie, par rapport à une détection après 20 ans** ; et ce, probablement du fait de la durée d'évolution des troubles.

Il a en effet été montré, par exemple, que plus la durée d'évolution de l'anorexie mentale sans traitement est longue, moins le traitement est efficace. Ainsi (79), quand

l'anorexie mentale est prise en charge plus de trois ans après le début des symptômes, le traitement est moins efficace (80).

Cependant, à ce jour, seule une faible proportion de sujets atteints de TCA bénéficie d'une prise en charge précoce. Ceci est observé dans différentes études internationales : moins de 50% des sujets souffrant d'AM ou de TCA sont soignés au cours de leur vie (66, 67).

En 2007, une étude finlandaise a montré que seuls 50% des patients présentant un TCA étaient repérés par le système de santé de « premier recours ». En outre, seulement 30% des patients souffrant d'anorexie mentale étaient adressés en psychiatrie ou en service spécialisé (83). Concernant la boulimie, seulement 6% des patients touchés ont bénéficié de soins psychiatriques. Quant aux patients présentant une hyperphagie boulimique, seuls 33,6% ont un suivi psychiatrique au cours de leur vie (81).

3.1.2 Repérage précoce : que nous dit la revue de la littérature ?

Cette thématique est nettement moins développée dans la littérature que la prévention primaire. Une première revue exploratoire (« *scoping review* ») de la littérature a été réalisée en 2021, recherchant les articles publiés sur la question du repérage précoce des TCA sur tous les articles publiés jusqu'en 2021 (33).

Au total, 43 articles ont été inclus. L'anorexie mentale et la boulimie nerveuse étaient les troubles les plus étudiés. Les articles concernaient les professionnels du domaine médical (médecins généralistes, psychiatres, gynécologues, gastro-entérologues et résidents), du domaine paramédical, de l'éducation et du sport, et de la population générale.

Parmi les 43 études, les plus fréquentes sont en milieu scolaire (4 professionnels ou 7 élèves) (11/43), en médecine générale (9/43) et dans le sport (7/43). Puis, ce sont les professionnels de santé (10/43) : dentistes (4/43), gynécologues (2/43), psychiatres (1/43), gastroentérologues (1/43), et plus généralement les professionnels de santé, dont diététiciens, psychologues, assistantes sociales... (1/43) et internes (1/43).

Le type de TCA le plus étudié dans cet échantillon d'articles était l'anorexie mentale (26/43), puis la boulimie (23/43). L'hyperphagie boulimique n'a été que très rarement explorée (9/43). Quelques articles étaient centrés sur les symptômes de TCA (11/43). Six articles mentionnaient les TCA sans préciser à quels troubles spécifiques ils se référaient. Les études portaient, soit sur la capacité à repérer et sur les connaissances de personnes, soit plus rarement sur des programmes visant à améliorer cette capacité de repérage.

En population scolaire, de nombreux programmes de prévention, comme le NEDSP (*National Eating Disorder Screening Program*) qui *screenent* les TCA par des questionnaires, ont été mis en place dans les universités et écoles aux Etats-Unis, mais peu ont été évalués. Néanmoins, le fait de coupler une formation du personnel

avec un dépistage des élèves par simple questionnaire dans les lycées et universités, paraît être un bon moyen d'encouragement à consulter un spécialiste. Dans tous les cas, ces programmes de formation et/ou de dépistage sont bien accueillis par les professeurs et par élèves et sont jugés utiles. Le nombre de cas repéré est variable et environ 40% de ceux à qui l'on conseille une consultation le mettent en place.

Un programme aux Pays-Bas a fait intervenir une personne ayant eu des TCA sur la façon de les reconnaître ; suite à cette intervention, 10% des jeunes reconnaissaient avoir eux-mêmes des symptômes et 20% les repéraient chez les autres. D'autres études entraînaient les jeunes à reconnaître les TCA ; or, seule la moitié de ceux ayant des symptômes importants (mesurés par une échelle) les reconnaissaient. Ce qui favorisait alors une consultation.

En population générale, les interventions étaient variées : entraînement à l'auto-reconnaissance des symptômes au travers de cas cliniques ou des programmes de premier secours en santé mentale. Ces deux types d'intervention ont montré un effet intéressant sur le repérage. Un programme d'information dans les médias, et par affiches, n'a pas montré d'efficacité sur le repérage précoce.

Des études ont porté sur les professionnels du sport (entraîneurs, encadrants) et les professionnels de centres de fitness. Ils reconnaissent tous leur rôle dans la détection précoce et souhaitent plus de formations pour les repérer, pouvoir échanger avec la personne (ce qui n'est pas systématique quand ils repèrent) et orienter.

Les personnes souffrant de TCA sont peu repérées en Médecine Générale. Cette détection est meilleure si : les professionnels exercent en groupe, si ce sont des femmes, que ces professionnels sont jeunes, qu'ils sont formateurs d'autres médecins et qu'ils prescrivent des contraceptions ; si des centres spécialisés étaient proches géographiquement de leur lieu d'exercice, s'ils avaient étudié au Royaume-Uni et non à l'étranger, s'ils étaient membres du Collège royal des médecins généralistes (MRCGP). Par ailleurs, les médecins généralistes craignent, en pesant les patients avec TCA, d'être ensuite en difficulté pour les orienter vers des soins adaptés.

En résumé, les autres études sur les professionnels de santé montrent leur faible niveau de connaissance sur les TCA et le fait que les formations menées, visant à améliorer la détection précoce, ont démontré leur efficacité. Ces formations sont aussi appréciées des intervenants.

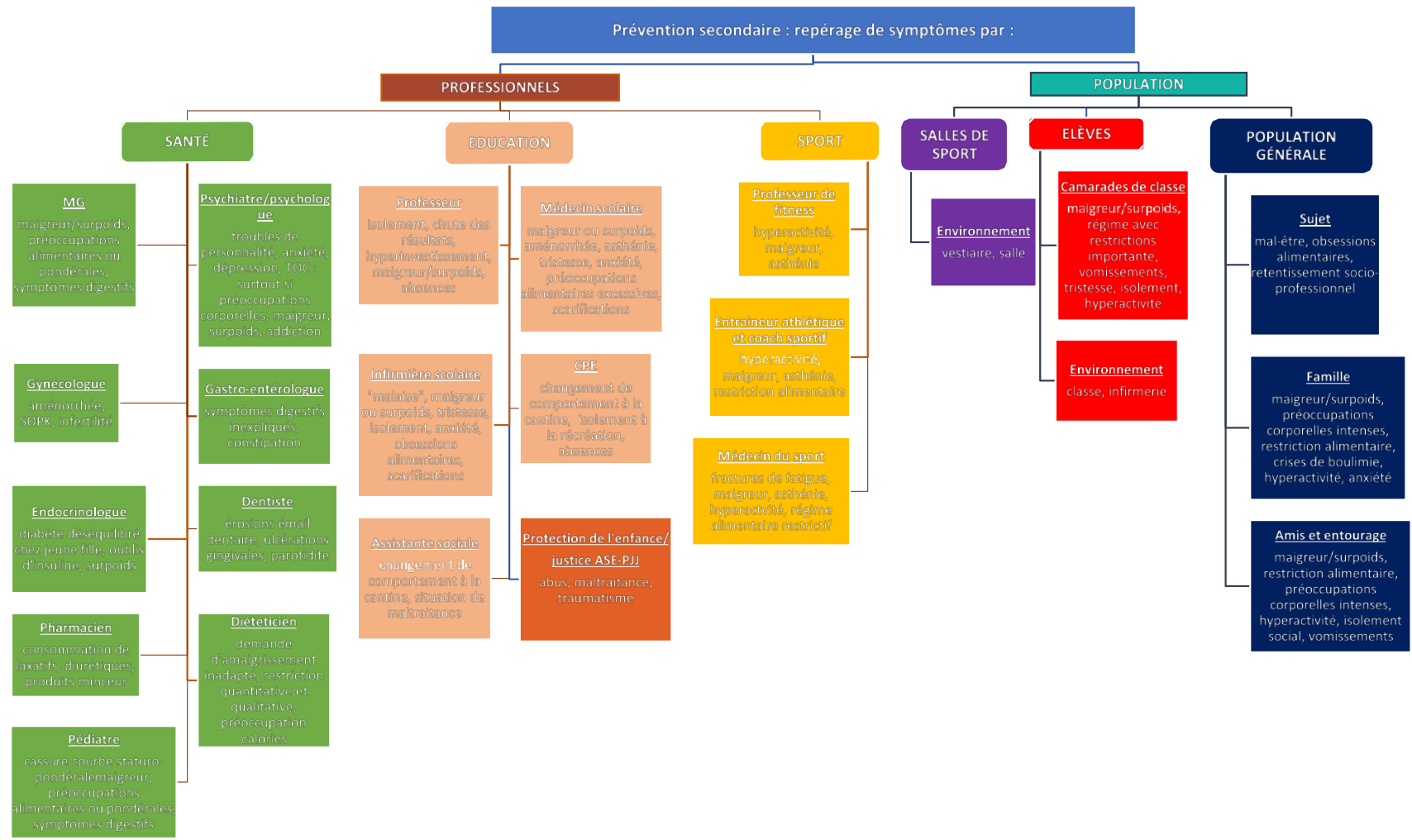


Tableau 1.1 – Les différents intervenants du repérage, les principaux signes repérables, les actions

Formation, recommandations spécifiques pour chaque spécialité médicale et paramédicale, pour les écoles et pour les employés des salles de sport, N° ressource (santé ; école), annuaire

Posters (salles de sport, écoles) ; jeux de rôles et exposés à l'école, information aux parents d'élèves ; recommandations spécifiques aux patients et leur entourage, N° ressource

3.1.3 Quelles actions de promotion du repérage précoce proposer en France ?

En conclusion, pourraient aider à améliorer le repérage précoce :

- chez les élèves du secondaire et dans la population générale : une **meilleure diffusion des connaissances sur les troubles mentaux en général**, qui permet aussi d'améliorer la littératie en santé sur les TCA

- la mise en œuvre de **programmes de premiers secours en santé mentale** comprenant les TCA.

- **l'amélioration de la formation initiale ou continue des professionnels soignants**

- une **diffusion plus large des recommandations de bonne pratique clinique** (en France, les fiches de synthèse comme celles ciblant, par exemple, les gynécologues ou les dentistes, ainsi que des fiches de synthèses sur les urgences ou encore « comment parler aux sujets » pourraient être plus largement diffusées) ; le e-learning pourrait être une solution intéressante pour la formation continue

- l'amélioration de la **formation du personnel scolaire** au repérage des TCA

- **l'amélioration de la formation des professionnels du sport** (sports en général et centre de fitness). Des recommandations spécifiques pourraient être publiées à l'intention des professionnels des centres d'activité physique, afin de les aider à faire face aux clients suspectés d'avoir un TCA.

Dans sa thèse N. Kalindjian propose aussi pour faciliter de travailler sur l'amélioration de l'accès aux soins.

3.2 Améliorer l'accès au soin

3.2.1 Etat des lieux

L'accès difficile aux soins est un problème important, rapporté par les personnes concernées, leur entourage et par les professionnels, en France (75) comme à l'international (84).

Le rapport de *Beat* (réalisé en 2017, à partir de deux enquêtes en ligne auprès de 1478 usagers et des entretiens qualitatifs avec des personnes qui ont été orientées vers un traitement entre 2007 et 2017), fait un état des lieux de la situation en Angleterre (il existe d'autres rapports pour les autres régions du Royaume-Uni). Les conclusions sont similaires aux résultats des auditions menées lors du rapport DGOS/FFAB, à savoir :

- en moyenne, les personnes attendent trois ans et demi pour obtenir un traitement pour TCA

- ils consultent trois fois leur médecin généraliste avant d'être orientés pour une évaluation par un spécialiste et doivent attendre plus de six mois pour commencer les soins spécialisés

- les adultes attendent deux fois plus longtemps que les enfants et les adolescents avant de rechercher et de commencer les soins spécialisés

- les garçons et les hommes souffrant de TCA attendent plus longtemps que les filles et les femmes.

Les délais d'attente sont composites, comme expliqué dans ce rapport (voir figure ci-dessous), et interviennent à chaque étape : depuis la prise de conscience de son trouble par la personne concernée jusqu'à la prise en charge dans un service spécialisé.

Delays are experienced at every stage



Extrait du rapport de Beat (84)

Moins de 50 % des patients déclarent avoir reçu toutes les informations dont ils ont eu besoin sur les TCA et leur traitement ou des sources de soutien supplémentaire. Un quart des adultes sont référés à des services non spécialisés dans les TCA. Les soins hospitaliers semblent être utilisés de manière excessive ce qui génère un coût élevé pour les deniers publics.

Les familles déclarent qu'elles ne reçoivent pas le soutien dont elles ont besoin, que ce soit pour les aider à prodiguer les meilleurs soins ou pour protéger leur propre bien-être. Les membres de la famille déclarent largement avoir été très gravement touchés, dans tous les aspects de leur vie, par la maladie de leur proche. En moyenne,

un TCA coûte à une famille plus de 32 000 £ en augmentation des dépenses et en perte de revenus.

Des études ont par ailleurs été réalisées pour comprendre ce qui bloque l'accès aux soins et y remédier.

3.2.2 Freins à l'accès aux soins

En 2022, Nicula *et al.* (85) ont effectué une revue exploratoire (« *scoping review* ») des études publiées entre janvier 2000 et avril 2021, visant à repérer de telles barrières pour les personnes souffrant de TCA, enfants et adolescents ou jeunes adultes. Ils ont identifié 62 études : 40 études transversales, 15 études qualitatives, deux études longitudinales, deux études à méthodes mixtes, deux essais ouverts et un rapport de cas. Parmi ceux-ci, 13 articles portent sur des échantillons d'enfants ou d'adolescents (<18 ans), 37 impliquaient des jeunes adultes émergents (18-25 ans) et 12 incluaient une population mixte des deux groupes. Ils rapportent que la plupart des sujets souffrant de TCA subcliniques ou avérés ne recevaient pas d'aide et n'envisageaient pas d'en demander.

Leurs résultats en résumé dégagent les freins suivants à l'accès aux soins :

- Une mauvaise éducation à la santé sur les TCA des jeunes et des adultes les entourant, qui ne permet pas de demander les soins de manière adéquate
- Une mauvaise expérience chez des jeunes, ayant tenté d'alerter des personnels de santé qui n'ont pas réagi de manière adéquate (manque de connaissance, idées reçues, stigmatisation des TCA)
- Une sensation de ne pas être compris/accompagnés dans les difficultés présentées par la famille ou les amis (en lien avec un manque de connaissance sur la santé mentale en général)
- Une stigmatisation des personnes souffrant de TCA ou recherchant de l'aide en santé mentale
- Le fait d'être de sexe masculin, d'appartenir à une minorité ethnique (à cause des stéréotypes intégrés)

Il existe dans le grand public une forme de stigmatisation des troubles mentaux dans leur ensemble (86), empêchant ainsi un accès à des traitements efficaces. On note également une méconnaissance globale de ces troubles, faisant le lit de fausses croyances sur les symptômes des troubles alimentaires, comme de leur traitement efficace. Cette méconnaissance se répercute également sur les personnels de santé, dont la formation aux TCA est limitée, ajoutant aux difficultés d'accès aux soins par une politique attentiste, alors même que plus l'intervention est précoce, plus les résultats sont probants.

Dans l'esprit de la population générale, certains professionnels considérés comme exerçant dans le champ de la santé, tels que les naturopathes ou les coaches sportifs, retardent l'accès aux soins en ne reconnaissant pas les pathologies

concernées (87). Dans le même ordre d'idée, les psychologues (88), mais aussi les dentistes, peuvent être en difficulté pour orienter les patients vers les soins, en lien avec une insuffisance de formation (89).

Plusieurs auteurs se sont penchés sur la question de l'accès aux soins, par le biais d'études évoquant les barrières et les facteurs favorisant les soins, ou par des études évaluant l'impact de l'éducation de la population ou de certaines catégories de professionnels.

En population générale, beaucoup d'idées reçues circulent : les troubles des conduites alimentaires peuvent y être considérés comme des « choix de vie », ce qui a tendance à retarder l'accès à des soins efficaces, (par exemple certains peuvent croire que les patientes sont « responsables » de leur trouble, comme dans la boulimie (90), ou qu'elles « recherchent l'attention » dans l'anorexie mentale (91)).

L'un des déterminants qui dissuade les praticiens d'aider les personnes souffrant de TCA est la sensation de ne pas savoir comment les aider (92).

3.2.3 Quelles interventions pour faciliter l'accès aux soins

Les actions visant à éduquer l'ensemble de la population, afin de réduire la stigmatisation existant autour de l'anorexie mentale (93), de la boulimie nerveuse ou de l'hyperphagie boulimique (94), pourraient être efficaces dans l'optique d'amener les personnes souffrants de TCA vers les soins, par le biais de leur entourage, à une phase où les personnes malades sont encore dans le déni.

En ce sens, l'étude de McLean en 2016, cherche à identifier quels seraient les messages les plus impactants concernant l'éducation du grand public sur la boulimie, sur un échantillon de personnes en Australie (95) et montre l'importance de travailler, pour le grand public, sur la différenciation entre les divers problèmes de santé mentale. Les hommes semblent plus pouvoir bénéficier de ce travail de déstigmatisation que les femmes et augmenter les connaissances diminue la stigmatisation.

L'éducation des professionnels de santé doit viser tous les types de professionnels, y compris les professionnels de la santé orale (dentistes et assistants dentaires), Ainsi le protocole EAT (*Evaluate, Assess, Treat*), implémenté aux Etats-Unis, vise à augmenter les connaissances des dentistes et assistants dentaires sur les troubles alimentaires, afin de permettre une meilleure orientation dans des soins adaptés à la pathologie (81, 82).

En Australie, la proposition de soins étant plutôt axée sur le libéral, l'état a proposé un financement des consultations ambulatoires libérales à hauteur de 40 sessions de psychothérapie *evidence-based* et 20 sessions diététiques sur 12 mois (17), afin de favoriser un accès facile aux soins pour les personnes souffrant d'anorexie mentale et de TCA sévère.

Le gouvernement australien a décidé de former tous les professionnels de première ligne de la santé mentale à la question des TCA, afin de permettre de répondre de manière plus adaptée à la montée des cas suite à la pandémie de CoViD-19 (17).

Au Royaume-Uni, le constat a été fait que, dans les zones où il existe des services spécialisés sur les TCA pour enfants et adolescents, la détection des TCA est 2,5 fois plus importante (98) et les hospitalisations 50% moins fréquentes. Une étude médico-économique a montré le surcoût engendré par des soins non spécialisés. A partir de ces éléments, en 2014, le gouvernement a financé à hauteur de 30 millions de livres, un projet pour réformer et réorganiser la filière de soins intracommunautaire, pour les enfants et adolescents, spécialisée dans les TCA, facile d'accès (accès direct ou indirect par le généraliste). (84) Cette filière de soins spécialisés a été déployée initialement à Londres puis dans 70 centres dans toute l'Angleterre.

3.2.4 Quelles actions de promotion l'accès aux soins en France

En conclusion, les mesures à mettre en œuvre pour favoriser l'accès précoce aux soins rejoignent celles destinées à favoriser le repérage précoce (formation, information de la population générale, des professionnels du sport, des soignants), à quoi il faut ajouter :

- Rendre visible les sources d'information et les lieux de soins spécialisés (tel le numéro de la ligne « Anorexie Boulimie Info Écoute » en lui donnant une visibilité nationale, l'annuaire de la FFAB)

- Créer un centre de ressources d'information nationale pour les sujets et familles du type *Kelty Eating Disorders* (www.keltyeatingdisorders.ca), F.E.A.S.T (www.feast-ed.org/) ou NEDIC (www.nedic.ca/), proposant de multiples informations sur les troubles, dont des programmes de psychoéducation, et les soins

- Assurer le développement d'une filière de soins spécialisée pour les enfants, adolescents et adultes, dimensionnée aux besoins de notre pays, sur le modèle développé en Angleterre. Ceci permettrait de proposer à toutes les personnes repérées un accès d'emblée facile à des soins spécialisés. Ceci serait rendu possible par un financement à hauteur des besoins - qui sont considérables - et le respect de la destination des fonds attribués (84).

- Proposer un forfait d'intervention TCA en libéral, financé par l'Assurance Maladie, incluant, outre les soins médicaux, un suivi par un·e diététicien·ne, un suivi en thérapie parmi celles préconisées par les recommandations de la HAS

- Former aux TCA les intervenants de première ligne en santé mentale et en médecine

- Développer les programmes d'interventions précoces, en particulier ceux centrés sur les jeunes adultes (voir ci-dessous)

3.3 Interventions précoces

3.3.1 Justificatif

Il est important de pouvoir réaliser des interventions de manière précoce pour les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires. En effet, ces troubles arrivent en général à un âge de développement majeur : de l'adolescence à l'âge de jeune adulte (anorexie et boulimie débutent, pour 75% des cas, avant 22 ans et l'hyperphagie boulimique avant 25 ans (22)). Il s'agit d'une période de maturation et de développement corporel et cérébral intense. Le développement d'un TCA à cet âge a des conséquences à long terme pour la santé et sur la trajectoire de vie, en perturbant la maturation cérébrale (ce qui impacte le fonctionnement cérébral lors du développement du trouble, mais aussi le développement de la structure même du cerveau) ; certains parlent de l'effet neurotoxique des TCA (99). Cette perturbation est d'autant plus intense que la durée d'évolution du trouble sans traitement est importante (100), ce qui diminue progressivement les chances de guérison, par la formation d'habitudes qui s'inscrivent dans le fonctionnement cérébral.

Comme expliqué ci-dessus, la durée du trouble sans traitement s'explique par de multiples facteurs, incluant des difficultés d'accès aux soins lorsqu'ils sont disponibles, une mauvaise connaissance du trouble, une ambivalence, une faible motivation au changement ou une mauvaise détection et prise en charge (PEC) initiale (les professionnels connaissant mal les troubles ayant tendance à attendre et voir (100)).

3.3.2 Modalités

Selon une revue de la littérature, portant sur 17 études et 5032 sujets, la durée estimée du trouble non traité avant les soins (soit le délai de demande de soins, soit le délai d'accès à des soins adaptés) est de : 2,5 ans (29,9 mois) en moyenne pour l'AM, 4,4 ans (53 mois) pour la BN et 5,6 ans (67,4 mois) pour l'HB. Elle est d'autant plus faible que les sujets sont jeunes. L'IMC n'est pas lié au délai d'accès aux soins.

Il y a des éléments dans la littérature, soutenant l'idée que la durée du trouble sans traitement est associée à un plus mauvais pronostic. Pour l'AN, une plus longue durée avant traitement est liée à un trouble persistant 22 ans après le début des soins. Il existe par ailleurs deux études évaluant le programme *First Episode Rapid Early intervention for Eating Disorders* (FREED, voir détails ci-dessous), qui comparent les délais d'accès aux soins spécialisés et le devenir des sujets, avant et après l'implantation du dispositif, et qui décrivent une meilleure évolution des sujets souffrant d'anorexie mentale.

Les prises en charge ont de meilleurs résultats lorsque celles-ci interviennent dans les 3 premières années qui suivent le développement du trouble (32,65). En revanche, on retrouve qu'il n'y a pas de lien entre la réussite d'un traitement bien conduit et la durée d'évolution de la maladie (101).

Dans cet objectif, plusieurs programmes d'interventions précoces ont déjà été proposés autour du monde. Ils sont présentés et résumés dans une rapide revue de la littérature (17).

Sur le modèle des interventions précoces développées autour des troubles psychotiques en Australie par Mc Gorry, a été développé en Angleterre, depuis 2014, le *First episode Rapid Early intervention for Eating Disorders* (FREED), qui vise à améliorer l'accès aux soins pour les jeunes adultes de 16 à 25 ans, souffrant de TCA depuis moins de 3 ans, par un dispositif porté par le NHS. Ce programme fournit des soins coordonnés et met l'accent sur la réduction de la durée d'un trouble alimentaire non traité. Comme nous l'avons mentionné, il se compose d'un modèle de service et d'un ensemble de soins. FREED peut être intégré à tout service traitant les TCA, il fonctionne comme un « service dans un service », offrant un parcours d'intervention précoce dédié, en plus des soins cliniques habituels. Cette intervention a été évaluée (56, 57, 85, 88-93) par une méthode quasi expérimentale ayant soutenu son intérêt. Elle vise à diminuer les délais de réponse à une demande de soins pour TCA avec pour objectifs de respecter des délais définis : 48h en cas d'urgence, 1 semaine pour valider l'entrée dans le programme, 2 semaines pour une évaluation et 4 semaines pour le traitement si les personnes ne nécessitent pas de prise en charge urgente. L'intervention, proposée initialement dans un centre, a été disséminée dans 9 centres en Angleterre. Ce dispositif a néanmoins été débordé par l'ampleur des soins nécessaires au moment de la pandémie de CoViD-19, étant donné l'augmentation du nombre de demandes de soins pour TCA (le taux de réalisation de l'intervention étant néanmoins d'environ 50%) (108).

En Australie (17), on retrouve également le développement de FREED dans le sud du pays, qui a montré son intérêt chez les personnes à faible statut socio-économique (109). On retrouve également une proposition d'intervention brève, en une séance, aux personnes sur liste d'attente (110), comprenant une évaluation et de la psychoéducation, en face à face et à l'écrit, qui améliorent l'investissement dans les soins, la qualité de vie et les symptômes alimentaires ; les équipes TCA sont en cours de formation en Australie pour cette intervention.

D'autres interventions sont en cours d'évaluation : groupe de parents pour développer les compétences à renutrir leur enfant, *self-help*, FBT (*family-based treatment*) en ligne, programme de coaching en ligne

Le Canada propose (17) de former les soignants de première ligne des "*Integrated youth services (IYS)*", centres pour les jeunes qui combinent la santé mentale, la toxicomanie, les soins primaires, le soutien par les pairs, l'emploi,

l'éducation et d'autres services de santé, communautaires et sociaux, dans un modèle de prestation de services facilement accessible, adapté aux jeunes et axé sur l'équité, sur le modèle de ce qui a été développé en Australie autour du repérage précoce des troubles mentaux. Une adaptation canadienne du programme FREED y est en cours d'évaluation.

Aux USA (17), des programmes de faible intensité et communautaires sont un moyen de surmonter certaines restrictions de prise en charge par les assurances et d'améliorer l'accès au traitement des TCA. Par exemple, est proposée une psychothérapie interpersonnelle, un traitement fondé sur des données probantes pour l'hyperphagie boulimique et la boulimie, dispensé gratuitement par les centres de conseil des collèges. Il y a aussi le programme de prévention *Body Project* et le *Body Project Treatment*, une variante à visée thérapeutique sur 8 semaines, qui ont aussi tous deux amélioré l'accès aux soins en milieu éducatif. Les programmes *Healthy Body Image* et *StudentBodies/StudentBodies-Eds* sont d'autres initiatives d'intervention précoce en ligne qui ont été évaluées dans des écoles et des collèges américains. Les deux s'appuient sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale. Comme le *Body Project*, *StudentBodies* se concentre sur la prévention tandis que *StudentBodies-ED* se concentre sur une intervention précoce. Les programmes *StudentBodies/StudentBodies-ED* ont également été utilisés avec des effets positifs en Allemagne. Ces interventions ont été conçues pour être accessibles et peu coûteuses et dispensées par divers animateurs après une formation normalisée.

Un projet non lucratif se met en place pour favoriser l'accès aux soins pour TCA aux Etats Unis (111).

3.3.3 Recommandations pour développer une intervention précoce

La revue systématique de Allen, menée en 2022 (83) sur le sujet des interventions précoces, propose un certain nombre de recommandations.

Au niveau des services et des décideurs, il est important de :

- **Considérer les formes sub-syndromiques** des TCA et pas seulement les formes avérées. Ceci repose sur la compréhension des enjeux économique à long terme que représente la non prise en charge de ces troubles. Cela nécessite un changement de politique de santé (prévention)
 - **Financement de projets de recherche** autour de l'intervention précoce,
 - **Sur tout le spectre** des symptômes alimentaires,
 - Dans les **services de première ligne, tout comme seconde/tertiaire.**
- Développer une politique d'intervention précoce. Pour cela, il est nécessaire de disposer d'un **nombre suffisant de personnes formées** et de développer un

« partage des tâches », c'est-à-dire à la collaboration de professionnels de la santé spécialisés hautement qualifiés (souvent en nombre limité) avec d'autres personnes, y compris des pairs-aidants ou patients experts (« experts par expérience ») ceux-ci et des thérapeutes non spécialisés formés aux interventions de premiers recours peuvent permettre cela permet en outre une diversité de styles, de formations théoriques et d'expériences répondant aux besoins de la diversité existante la communauté.

- **Modifier l'accès aux soins avec des services 12-25 ans**, plutôt que 12-18 ans, puis adultes pour permettre l'intervention précoce
- **Augmenter la flexibilité dans l'accès aux soins** (i.e. en multipliant les modes d'entrée) pour limiter la stigmatisation liée aux services classiques de santé mentale : propositions de centres situés dans les universités, de services spécialisés et de téléconsultations

Pour les cliniciens il est nécessaire de :

- **Prendre en compte le stade de développement de la maladie** avec une approche holistique et individuelle et bien comprendre les enjeux sur la période développementale 12-25 ans
- **Prendre en compte l'ambivalence** et trouver **l'équilibre avec la nécessité de soins rapides**. Prise en compte des comorbidités qui peuvent rendre plus difficiles l'accès aux soins
- **Développer le repérage précoce** et de développer des **interventions adaptées**
- **Prendre en compte la famille** pour mettre en place les interventions précoces ; promouvoir le **développement des compétences parentales**
- **Augmenter l'accessibilité** (listes d'attente, minorités de genre, ethniques et culturelles).
- **Former des professionnels de première ligne** de santé mentale et/ou généralistes

Concernant la recherche :

- **Orienter la recherche vers l'évaluation des actions et des impacts médicaux et économiques**

Extrait de Allen *et al* (83) :

Recommendation	Possible facilitators
1. Services and policy makers	
1.1 Equitable access to early, evidence-based eating disorder care	Provision of eating disorder treatment regardless of disorder stage/severity Provision of care in varied settings including outreach/community-based services as well as specialist/tertiary services
1.2 Training a diverse workforce that can meet the needs of individuals with eating disorders in the local population	'Task sharing' of roles with mental health professionals working alongside experts by experience/peer support workers/low intensity therapists Involvement of carers in service provision Attention to staff characteristics with efforts to promote diversity and inclusivity
1.3 Youth-friendly care that bridges the 18-year age divide	Services that work across the adolescent/adult age divide Outreach to relevant community services/sectors, to facilitate easy access into care and smooth transitions out of care Good transition pathways between services
1.4 Flexible treatment delivery—tailoring treatment provision to individual and local needs	Provision of care in varied settings including outreach/community-based services as well as specialist/tertiary services Use of online, digital, and self-help interventions
2. Clinicians	
2.1 Early detection of eating disorders	Pro-active screening and assessment for eating disorder symptoms with prompt onward referral for support when indicated Direct emphasis on the benefits of early intervention including brain changes
2.2 Culturally sensitive care	Clinician training that challenges sociocultural biases relating to eating disorders, weight, health and body image Pro-active outreach to under-represented and marginalised groups
2.3 Individualised, developmentally appropriate assessment and treatment	Early provision of relevant psychoeducation, tailored to age and illness stage Positive, recovery focussed, motivational clinician stance that balances attention to ambivalence with an emphasis on the benefits of early intervention and change Routine involvement of family/close others, including the provision of carer support Consideration of social media use, transitions, identity formation and life stage (adolescence/emerging adulthood) Adaptation of evidence-based treatments to age, illness stage and circumstances with use of online, digital or self-help formats if applicable
3. Researchers	
3.1 Evaluation of links between DUEED and outcomes	Routine assessment of DUEED, including further validation of self-report questionnaires Consideration of the most effective time frame/s for early intervention, by age of onset
3.2 Continued evaluation of early intervention service models and treatments	Assessment of early intervention service models (e.g., FREED) across different settings and populations, including long-term follow-up Qualitative and quantitative evaluation of eating disorder treatments within early intervention samples Consideration of developmentally appropriate care including ways to sensitively consider gender identity and sexuality in adolescence and emerging adulthood Multi-modal neurobiological studies to characterise biomarkers/predictors associated with first episode eating disorders

Abbreviation: DUEED, Duration of Untreated Eating Disorder.

3.3.4 Vers quel développement de l'intervention précoce en France

En France, on pourrait :

- Adapter le programme FREED pour les majeurs
- Développer le programme australien pour les personnes en liste d'attente

- **Former plus largement** les professionnels de premier recours aux TCA
- **Développer la filière de soins spécialisée**

Enfin, il faudrait **promouvoir en France des projets de recherche transdisciplinaires collaboratifs et ambitieux, à l'image du projet EDIFY** (*Eating Disorders: Delineating Illness and Recovery Trajectories to Inform Personalised Prevention and Early Intervention in Young People*), cet ambitieux projet de 4 ans développé au Royaume-Uni qui vise à révolutionner la prévention et la perception des TCA (112).

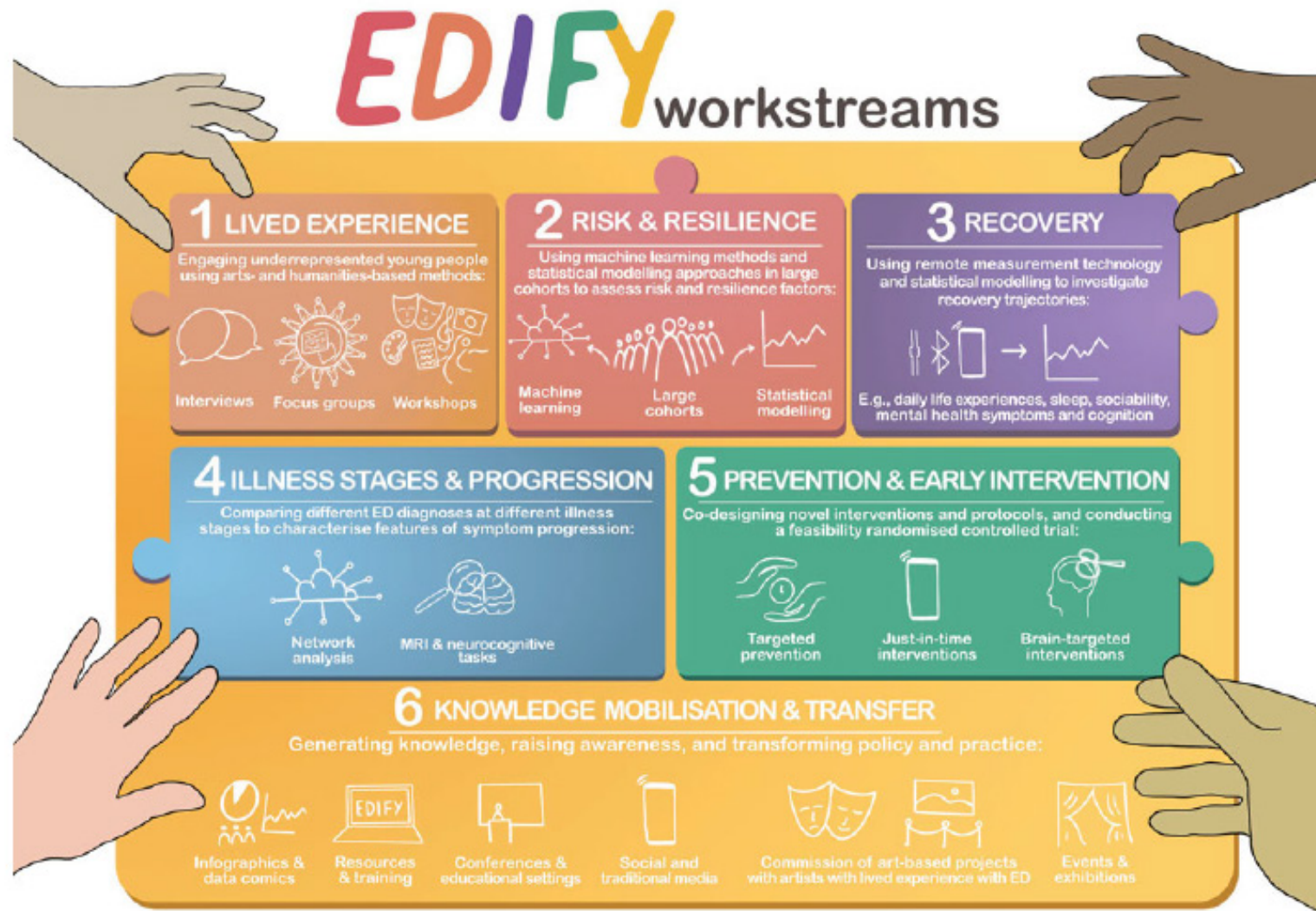


Fig. 1 This is a visual depiction of the six EDIFY workstreams (artwork by Dr Mariana Lopes). Each workstream feeds into the others to form a whole picture, to be mobilised in workstream 6, in raising awareness and translating EDIFY findings to real-world policy and practice developments to help young people with eating disorders.

4 Références

1. HAS. Haute Autorité de Santé - Anorexie mentale : prise en charge [Internet]. 2005 [cité 15 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge
2. HAS. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 11 avr 2023]. Boulimie, hyperphagie : urgence à les repérer et les prendre en charge. Disponible sur: https://has-sante.fr/jcms/pprd_2974164/fr/boulimie-hyperphagie-urgence-a-les-reperer-et-les-prendre-en-charge
3. RANZCP. RANZCP. 2014 [cité 10 juill 2023]. Eating disorders CPG and associated resources. Disponible sur: <https://www.ranzcp.org/clinical-guidelines-publications/clinical-guidelines-publications-library/eating-disorders-cpg-and-associated-resources>
4. Crone C, Fochtmann LJ, Attia E, Boland R, Escobar J, Fornari V, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. *Am J Psychiatry*. févr 2023;180(2):167-71.
5. NICE. Overview | Eating disorders: recognition and treatment | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2017 [cité 10 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
6. J. Devoe D, Han A, Anderson A, Katzman DK, Patten SB, Soumbasis A, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord*. 2023;56(1):5-25.
7. Riegert M. Les étudiants de BAPU au cours de la pandémie COVID-19 et ses effets : quelles analyses des cliniciens ? Spécificités des besoins de soins des étudiants en contexte de crise(s). *Ann Med Psychol (Paris)*. avr 2023;181(4):348-51.
8. Revet A, Hebebrand J, Anagnostopoulos D, Kehoe LA, Gradl-Dietsch G, COVID-19 Child and Adolescent Psychiatry Consortium, et al. Perceived impact of the COVID-19 pandemic on child and adolescent psychiatric services after 1 year (February/March 2021): ESCAP CovCAP survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. févr 2023;32(2):249-56.
9. Miller L, Déchelotte P, Ladner J, Tavalacci MP. Effect of the COVID-19 Pandemic on Healthy Components of Diet and Factors Associated with Unfavorable Changes among University Students in France. *Nutrients*. 18 sept 2022;14(18):3862.
10. Chauvet-Gelinier JC, Roussot A, Vergès B, Petit JM, Jollant F, Quantin C. Hospitalizations for Anorexia Nervosa during the COVID-19 Pandemic in France: A Nationwide Population-Based Study. *J Clin Med*. 16 août 2022;11(16):4787.
11. Gilsbach S, Plana MT, Castro-Fornieles J, Gatta M, Karlsson GP, Flamarique I, et al. Increase in admission rates and symptom severity of childhood and

- adolescent anorexia nervosa in Europe during the COVID-19 pandemic: data from specialized eating disorder units in different European countries. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 20 juin 2022;16(1):46.
12. Tavoracci MP, Ladner J, Dechelotte P. COVID-19 Pandemic and Eating Disorders among University Students. *Nutrients*. 28 nov 2021;13(12):4294.
 13. Fernández-Aranda F, Munguía L, Mestre-Bach G, Steward T, Etxandi M, Baenas I, et al. COVID Isolation Eating Scale (CIES): Analysis of the impact of confinement in eating disorders and obesity-A collaborative international study. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. nov 2020;28(6):871-83.
 14. Tavoracci MP, Ladner J, Déchelotte P. Sharp Increase in Eating Disorders among University Students since the COVID-19 Pandemic. *Nutrients*. 28 sept 2021;13(10):3415.
 15. Flaudias V, Iceta S, Zerhouni O, Rodgers RF, Billieux J, Llorca PM, et al. COVID-19 pandemic lockdown and problematic eating behaviors in a student population. *J Behav Addict*. 12 oct 2020;9(3):826-35.
 16. Rodgers RF, Lombardo C, Cerolini S, Franko DL, Omori M, Fuller-Tyszkiewicz M, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *Int J Eat Disord*. juill 2020;53(7):1166-70.
 17. Allen KL, Mountford VA, Elwyn R, Flynn M, Fursland A, Obeid N, et al. A framework for conceptualising early intervention for eating disorders. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 25 nov 2022;
 18. Barakat S, McLean SA, Bryant E, Le A, Marks P, National Eating Disorder Research Consortium, et al. Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *J Eat Disord*. 17 janv 2023;11(1):8.
 19. Gordon RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep*. 1983;98(2):107-9.
 20. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavoracci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr*. 1 mai 2019;109(5):1402-13.
 21. Guelfi JD, Rouillon F, Mallet L. *Manuel de psychiatrie*. Elsevier Health Sciences; 2021. 1051 p.
 22. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. janv 2022;27(1):281-95.
 23. Sanchez-Cerezo J, Nagularaj L, Gledhill J, Nicholls D. What do we know about the epidemiology of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents? A systematic review of the literature. *Eur Eat Disord Rev*. 2023;31(2):226-46.

24. Hamilton A, Mitchison D, Basten C, Byrne S, Goldstein M, Hay P, et al. Understanding treatment delay: Perceived barriers preventing treatment-seeking for eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 1 mars 2022;56(3):248-59.
25. Micali N, Solmi F, Horton NJ, Crosby RD, Eddy KT, Calzo JP, et al. Adolescent Eating Disorders Predict Psychiatric, High-Risk Behaviors and Weight Outcomes in Young Adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(8):652-9.
26. Herpertz-Dahlmann B, Dempfle A, Konrad K, Klasen F, Ravens-Sieberer U, The BELLA study group. Eating disorder symptoms do not just disappear: the implications of adolescent eating-disordered behaviour for body weight and mental health in young adulthood. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 juin 2015;24(6):675-84.
27. Filipponi C, Visentini C, Filippini T, Cutino A, Ferri P, Rovesti S, et al. The Follow-Up of Eating Disorders from Adolescence to Early Adulthood: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. janv 2022;19(23):16237.
28. Economics DA. Social and economic cost of eating disorders in the United States of America. *Acad Eat Disord*. 2020;
29. Butterfly Foundation. Paying The Price [Internet]. The Butterfly Foundation; 2012 [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: https://butterfly.org.au/wp-content/uploads/2020/06/Butterfly_Report_Paying-the-Price.pdf
30. Hearts Minds And Genes Coalition For Eating Disorders. yumpu.com. [cité 11 avr 2023]. The Cost of Eating Disorders in the UK 2019 and 2020 (with annex). Disponible sur: <https://www.yumpu.com/en/document/read/65877873/the-cost-of-eating-disorders-in-the-uk-2019-and-2020-with-annex>
31. Streatfeild J, Hickson J, Austin SB, Hutcheson R, Kandel JS, Lampert JG, et al. Social and economic cost of eating disorders in the United States: Evidence to inform policy action. *Int J Eat Disord*. mai 2021;54(5):851-68.
32. Ambwani S, Cardi V, Albano G, Cao L, Crosby RD, Macdonald P, et al. A multicenter audit of outpatient care for adult anorexia nervosa: Symptom trajectory, service use, and evidence in support of “early stage” versus “severe and enduring” classification. *Int J Eat Disord*. 2020;53(8):1337-48.
33. Kalindjian N, Hirot F, Stona AC, Huas C, Godart N. Early detection of eating disorders: a scoping review. *Eat Weight Disord EWD*. févr 2022;27(1):21-68.
34. Duclos J, Godart N. Etiopathogénie des troubles des conduites alimentaires. In: *Troubles des conduites alimentaires de l'enfant et de l'adolescent*. Elsevier Masson; 2017. p. 282. (Pedia).
35. Gorwood P, Blanchet-Collet C, Chartrel N, Duclos J, Dechelotte P, Hanachi M, et al. New insights in anorexia nervosa. *Front Neurosci* [Internet]. 2016;10(JUN). Disponible sur: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L611512776&from=export>

36. Stice E, Onipede ZA, Marti CN. A meta-analytic review of trials that tested whether eating disorder prevention programs prevent eating disorder onset. *Clin Psychol Rev.* juill 2021;87:102046.
37. Solmi M, Radua J, Stubbs B, Ricca V, Moretti D, Busatta D, et al. Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. *Braz J Psychiatry.* 28 sept 2020;43:314-23.
38. Mikolajczak M, Quoidbach J, Kotsou I, Nélis D. Chapitre 1. Les compétences émotionnelles: historique et conceptualisation. Moïra Mikolajczak *Compétences Émotionnelles* Dunod «Psycho Sup» Paris. 2014;
39. Saoudi H. La prévention primaire des troubles des conduites alimentaires en France et à l'international, une revue systématique de la littérature [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017 [cité 19 mars 2023]. Disponible sur: https://pepitem-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2017/2017LIL2M074.pdf
40. Stice E, Shaw H. Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *Psychol Bull.* mars 2004;130(2):206-27.
41. Le LKD, Barendregt JJ, Hay P, Mihalopoulos C. Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* avr 2017;53:46-58.
42. Ghaderi A, Stice E, Andersson G, Enö Persson J, Allzén E. A randomized controlled trial of the effectiveness of virtually delivered Body Project (vBP) groups to prevent eating disorders. *J Consult Clin Psychol.* juill 2020;88(7):643-56.
43. Stice E, Marti CN, Spoor S, Presnell K, Shaw H. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol.* avr 2008;76(2):329-40.
44. Stice E, Rohde P, Shaw H, Gau JM. Clinician-led, peer-led, and internet-delivered dissonance-based eating disorder prevention programs: Effectiveness of these delivery modalities through 4-year follow-up. *J Consult Clin Psychol.* mai 2020;88(5):481-94.
45. Festinger L. *A Theory of Cognitive Dissonance.* Stanford University Press; 1962. 308 p.
46. Stice E, Rohde P, Shaw H, Marti CN. Efficacy Trial of a Selective Prevention Program Targeting both Eating Disorders and Obesity among Female College Students: 1- and 2-Year Follow-Up Effects. *J Consult Clin Psychol.* févr 2013;81(1):183-9.
47. Martinsen M, Bahr R, Børresen R, Holme I, Pensgaard AM, Sundgot-Borgen J. Preventing eating disorders among young elite athletes: a randomized controlled trial. *Med Sci Sports Exerc.* mars 2014;46(3):435-47.

48. Harrer M, Adam SH, Messner EM, Baumeister H, Cuijpers P, Bruffaerts R, et al. Prevention of eating disorders at universities: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* juin 2020;53(6):813-33.
49. Pursey KM, Burrows TL, Barker D, Hart M, Paxton SJ. Disordered eating, body image concerns, and weight control behaviors in primary school aged children: A systematic review and meta-analysis of universal-selective prevention interventions. *Int J Eat Disord.* oct 2021;54(10):1730-65.
50. Chua JYX, Tam W, Shorey S. Research Review: Effectiveness of universal eating disorder prevention interventions in improving body image among children: a systematic review and meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry.* mai 2020;61(5):522-35.
51. Robinson K, Wade TD. Perfectionism interventions targeting disordered eating: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* avr 2021;54(4):473-87.
52. Linardon J, Gleeson J, Yap K, Murphy K, Brennan L. Meta-analysis of the effects of third-wave behavioural interventions on disordered eating and body image concerns: implications for eating disorder prevention. *Cogn Behav Ther.* janv 2019;48(1):15-38.
53. Borden A, Cook-Cottone C. Yoga and eating disorder prevention and treatment: A comprehensive review and meta-analysis. *Eat Disord.* 2020;28(4):400-37.
54. O'Mara M, Greene D, Watson H, Shafran R, Kenworthy I, Cresswell C, et al. The efficacy of randomised controlled trials of guided and unguided self-help interventions for the prevention and treatment of eating disorders in young people: A systematic review and preliminary meta-analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* mars 2023;78:101777.
55. Turgon R. Prévenir et prendre en charge les troubles des conduites alimentaires par la réduction de l'internalisation de l'idéal de minceur : le rôle de la dissonance cognitive [Internet] [These de doctorat]. Université Grenoble Alpes; 2021 [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.theses.fr/2021GRALH026>
56. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 11 avr 2023]. Prévention des troubles du comportement alimentaire chez les jeunes. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/nutrition/article/prevention-des-troubles-du-comportement-alimentaire-chez-les-jeunes>
57. Prévenir l'anorexie mentale [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/anorexie-mentale/prevention>
58. Loucas CE, Fairburn CG, Whittington C, Pennant ME, Stockton S, Kendall T. E-therapy in the treatment and prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther.* 5 oct 2014;63C:122-31.
59. Linardon J, Messer M, Lee S, Rosato J. Perspectives of e-health interventions for treating and preventing eating disorders: descriptive study of perceived

advantages and barriers, help-seeking intentions, and preferred functionality. *Eat Weight Disord EWD*. mai 2021;26(4):1097-109.

60. Nacke B, Zeiler M, Kuso S, Klesges LM, Jacobi C, Waldherr K. A systematic review of reach, adoption, implementation and maintenance of Internet-based interventions to prevent eating disorders in adults. *Eur J Public Health*. 7 juill 2021;31(31 Suppl 1):i29-37.
61. Zeiler M, Kuso S, Nacke B, Klesges LM, Waldherr K. Evaluating reach, adoption, implementation and maintenance of Internet-based interventions to prevent eating disorders in adolescents: a systematic review. *Eur J Public Health*. 1 févr 2020;30(1):179-88.
62. Linardon J, Shatte A, Messer M, Firth J, Fuller-Tyszkiewicz M. E-mental health interventions for the treatment and prevention of eating disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. nov 2020;88(11):994-1007.
63. Hart LM, Cornell C, Damiano SR, Paxton SJ. Parents and prevention: a systematic review of interventions involving parents that aim to prevent body dissatisfaction or eating disorders. *Int J Eat Disord*. mars 2015;48(2):157-69.
64. Le LKD, Tan EJ, Perez JK, Chiotelis O, Hay P, Ananthapavan J, et al. Prevention of high body mass index and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord EWD*. déc 2022;27(8):2989-3003.
65. Treasure J, Stein D, Maguire S. Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence. *Early Interv Psychiatry*. juin 2015;9(3):173-84.
66. Szabó K, Czeglédi E, Babusa B, Szumska I, Túry F, Sándor I, et al. The European Initiative ProYouth for the promotion of mental health and the prevention of eating disorders screening results in Hungary. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. mars 2015;23(2):139-46.
67. Karekla M, Nikolaou P, Merwin RM. Randomized Clinical Trial Evaluating AcceptME-A Digital Gamified Acceptance and Commitment Early Intervention Program for Individuals at High Risk for Eating Disorders. *J Clin Med*. 23 mars 2022;11(7):1775.
68. Ali K, Fassnacht DB, Farrer LM, Rieger E, Moessner M, Bauer S, et al. Recruitment, adherence and attrition challenges in internet-based indicated prevention programs for eating disorders: lessons learned from a randomised controlled trial of ProYouth OZ. *J Eat Disord*. 4 janv 2022;10(1):1.
69. Saekow J, Jones M, Gibbs E, Jacobi C, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley D, et al. StudentBodies-eating disorders: A randomized controlled trial of a coached online intervention for subclinical eating disorders. *Internet Interv*. nov 2015;2(4):419-28.
70. Fitzsimmons-Craft EE, Firebaugh ML, Graham AK, Eichen DM, Monterubio GE, Balantekin KN, et al. State-wide university implementation of an online platform

for eating disorders screening and intervention. *Psychol Serv*. mai 2019;16(2):239-49.

71. Loeb KL, Weissman RS, Marcus S, Pattanayak C, Hail L, Kung KC, et al. Family-Based Treatment for Anorexia Nervosa Symptoms in High-Risk Youth: A Partially-Randomized Preference-Design Study. *Front Psychiatry*. 2019;10:985.
72. Rodgers RF, Paxton SJ. The impact of indicated prevention and early intervention on co-morbid eating disorder and depressive symptoms: a systematic review. *J Eat Disord*. 2014;2(1):30.
73. Flynn M, Austin A, Lang K, Allen K, Bassi R, Brady G, et al. Assessing the impact of First Episode Rapid Early Intervention for Eating Disorders on duration of untreated eating disorder: A multi-centre quasi-experimental study. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. mai 2021;29(3):458-71.
74. Fukutomi A, Austin A, McClelland J, Brown A, Glennon D, Mountford V, et al. First episode rapid early intervention for eating disorders: A two-year follow-up. *Early Interv Psychiatry*. févr 2020;14(1):137-41.
75. FFAB. Offre de soins pour les TCA en France [Internet]. DGOS; [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: https://www.ffab.fr/images/pdf/Rapport_FFAB-DGOS_offre-de-soins-pour-les-TCA-en-France.pdf
76. Kalindjian N. Comment permettre aux personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires un accès plus précoce aux soins? 2018;
77. National Guideline Alliance (UK). Eating Disorders: Recognition and Treatment [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2017 [cité 11 avr 2023]. (National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436876/>
78. 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(2):130-8.
79. Schoemaker C. Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the treatment-outcome literature. *Int J Eat Disord*. janv 1997;21(1):1-15.
80. Treasure J, Russell G. The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. juill 2011;199(1):5-7.
81. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 1 févr 2007;61(3):348-58.
82. Godart NT, Legleye S, Huas C, Côté SM, Choquet M, Falissard B, et al. Epidemiology of anorexia nervosa in a French community-based sample of 39,542 adolescents. 24 mai 2013 [cité 11 avr 2023];2013. Disponible sur: <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=31847>

83. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. *Am J Psychiatry*. août 2007;164(8):1259-65.
84. Beat [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Delaying for years, denied for months. Disponible sur: <https://www.beateatingdisorders.org.uk/about-beat/policy-work/policy-and-best-practice-reports/delaying-for-years-denied-for-months/>
85. Nicula M, Pellegrini D, Grennan L, Bhatnagar N, McVey G, Couturier J. Help-seeking attitudes and behaviours among youth with eating disorders: a scoping review. *J Eat Disord*. 14 févr 2022;10(1):21.
86. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*. 2004;59:614-25.
87. Worsfold KA, Sheffield JK. Eating disorder mental health literacy: What do psychologists, naturopaths, and fitness instructors know? *Eat Disord*. 2018;26(3):229-47.
88. Worsfold KA, Sheffield JK. The perceived knowledge, skill and clinical practice of psychologists, naturopaths and fitness instructors when working with eating disorders. *Early Interv Psychiatry*. oct 2019;13(5):1263-70.
89. DeBate RD, Shuman D, Tedesco LA. Eating disorders in the oral health curriculum. *J Dent Educ*. mai 2007;71(5):655-63.
90. McLean SA, Paxton SJ, Massey R, Hay PJ, Mond JM, Rodgers B. Stigmatizing attitudes and beliefs about bulimia nervosa: Gender, age, education and income variability in a community sample. *Int J Eat Disord*. 2014;47(4):353-61.
91. Griffiths S, Mond JM, Murray SB, Touyz S. Young peoples' stigmatizing attitudes and beliefs about anorexia nervosa and muscle dysmorphia. *Int J Eat Disord*. 2014;47(2):189-95.
92. Radunz M, Ali K, Wade TD. Pathways to improve early intervention for eating disorders: Findings from a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 8 nov 2022;
93. Varnado-Sullivan PJ, Parker CC, Rohner A. Stigmatization and knowledge of anorexia nervosa. *Eat Weight Disord EWD*. juin 2020;25(3):601-8.
94. Brelet L, Flaudias V, Désert M, Guillaume S, Llorca PM, Boirie Y. Stigmatization toward People with Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder: A Scoping Review. *Nutrients*. 18 août 2021;13(8):2834.
95. McLean SA, Paxton SJ, Massey R, Hay PJ, Mond JM, Rodgers B. Identifying Persuasive Public Health Messages to Change Community Knowledge and Attitudes About Bulimia Nervosa. *J Health Commun*. 2016;21(2):178-87.
96. DeBate RD, Cragun D, Gallentine AA, Severson HH, Shaw T, Cantwell C, et al. Evaluate, assess, treat: development and evaluation of the EAT framework to

increase effective communication regarding sensitive oral-systemic health issues. *Eur J Dent Educ Off J Assoc Dent Educ Eur.* nov 2012;16(4):232-8.

97. DeBate RD, Severson HH, Cragun D, Bleck J, Gau J, Merrell L, et al. Randomized trial of two e-learning programs for oral health students on secondary prevention of eating disorders. *J Dent Educ.* janv 2014;78(1):5-15.
98. Eisler I, Simic M, Fonagy P, Bryant-Waugh R. Implementing service transformation for children and adolescents with eating disorders across England: the theory, politics, and pragmatics of large-scale service reform. *J Eat Disord.* 10 oct 2022;10(1):146.
99. Allen KL, Mountford V, Brown A, Richards K, Grant N, Austin A, et al. First episode rapid early intervention for eating disorders (FREED): From research to routine clinical practice. *Early Interv Psychiatry.* oct 2020;14(5):625-30.
100. Austin A, Flynn M, Richards K, Hodsoll J, Duarte TA, Robinson P, et al. Duration of untreated eating disorder and relationship to outcomes: A systematic review of the literature. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* mai 2021;29(3):329-45.
101. Radunz M, Keegan E, Osenk I, Wade TD. Relationship between eating disorder duration and treatment outcome: Systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2020;53(11):1761-73.
102. Schmidt U, Brown A, McClelland J, Glennon D, Mountford VA. Will a comprehensive, person-centered, team-based early intervention approach to first episode illness improve outcomes in eating disorders? *Int J Eat Disord.* avr 2016;49(4):374-7.
103. Brown A, McClelland J, Boysen E, Mountford V, Glennon D, Schmidt U. The FREED project (first episode and rapid early intervention in eating disorders): Service model, feasibility and acceptability. *Early Interv Psychiatry.* avr 2018;12(2):250-7.
104. McClelland J, Hodsoll J, Brown A, Lang K, Boysen E, Flynn M, et al. A pilot evaluation of a novel First Episode and Rapid Early Intervention service for Eating Disorders (FREED). *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* mars 2018;26(2):129-40.
105. Potterton R, Austin A, Flynn M, Allen K, Lawrence V, Mountford V, et al. « I'm truly free from my eating disorder »: Emerging adults' experiences of FREED, an early intervention service model and care pathway for eating disorders. *J Eat Disord.* 6 janv 2021;9(1):3.
106. Austin A, Flynn M, Shearer J, Long M, Allen K, Mountford VA, et al. The First Episode Rapid Early Intervention for Eating Disorders - Upscaled study: Clinical outcomes. *Early Interv Psychiatry.* janv 2022;16(1):97-105.
107. Richards KL, Hyam L, Allen KL, Glennon D, Di Clemente G, Semple A, et al. National roll-out of early intervention for eating disorders: Process and clinical

outcomes from first episode rapid early intervention for eating disorders. *Early Interv Psychiatry*. 8 juin 2022;

108. Hyam L, Richards KL, Allen KL, Schmidt U. The impact of the COVID-19 pandemic on referral numbers, diagnostic mix, and symptom severity in Eating Disorder Early Intervention Services in England. *Int J Eat Disord*. janv 2023;56(1):269-75.
109. Radunz M, Pritchard L, Steen E, Williamson P, Wade TD. Evaluating evidence-based interventions in low socio-economic-status populations. *Int J Eat Disord*. oct 2021;54(10):1887-95.
110. Fursland A, Erceg-Hurn D, Byrne S, Mcevoy P. A single session assessment and psychoeducational intervention for eating disorders: Impact on treatment waitlists and eating disorder symptoms. *Int J Eat Disord*. 1 déc 2018;51:1373-7.
111. ProjectHEAL [Internet]. 2023 [cité 12 avr 2023]. Project HEAL. Disponible sur: <https://www.theprojectheal.org>
112. Hemmings A, Sharpe H, Allen K, Bartel H, Campbell IC, Desrivières S, Dobson RJB, Folarin AA, French T, Kelly J, Micali N, Raman S, Treasure J, Abbas R, Heslop B, Street T, Schmidt U. EDIFY (Eating Disorders: Delineating Illness and Recovery Trajectories to Inform Personalised Prevention and Early Intervention in Young People): project outline. *BJPsych Bull*. 2022 Dec 22:1-9.

5 Annexe : méthodologie

5.1 Recherche bibliographique sur la prévention

5.1.1 Prévention primaire

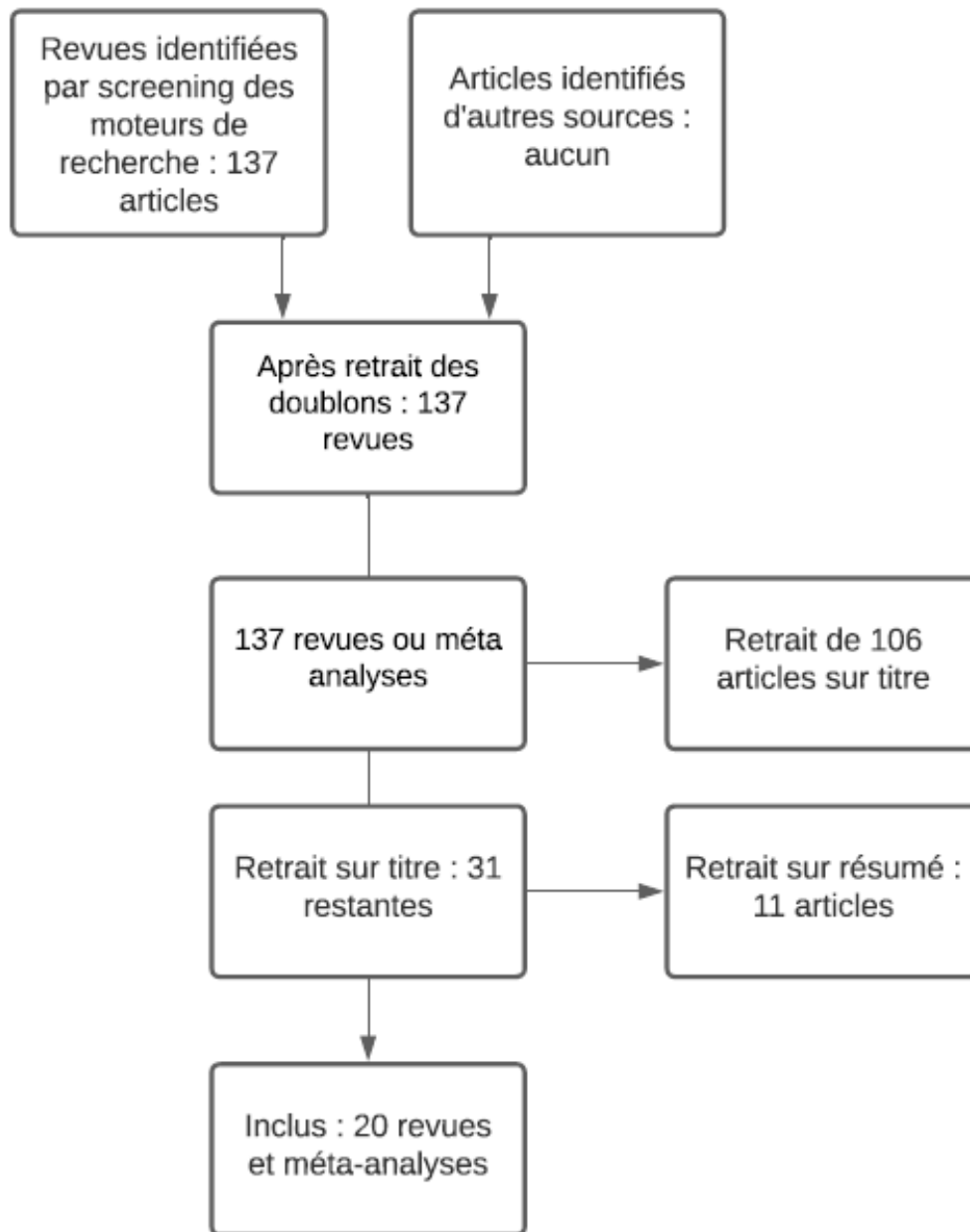
Nous avons réalisé une *overview* ou *umbrella review* sur toutes les revues de la littérature ou méta-analyses publiées sur le sujet. La recherche a été réalisée sur la base de donnée PubMed.

Pour la prévention primaire nous avons utilisé la recherche suivante :

(« Eating Disorders » OR « Anorexia Nervosa » OR « Bulimia Nervosa » OR « Binge eating Disorder » OR « Hyperphagia ») AND (« Universal Prevention » OR « Selective prevention » OR « primary prevention » OR « prevention »)

La période investiguée était 2013 à mars 2023. Au total, 137 articles ont été retrouvés. Nous avons finalement retenu les *reviews* ou méta-analyses et quelques articles abordant des thématiques non traitées dans les revues et méta-analyses. Si des revues ou des méta-analyses portaient sur le même sujet, nous avons gardé la plus récente. Si des sujets n'étaient pas couverts par une revue ou une méta-analyse, nous avons gardé les études le concernant.

La sélection des études a suivi les étapes suivantes :



5.1.2 Prévention secondaire

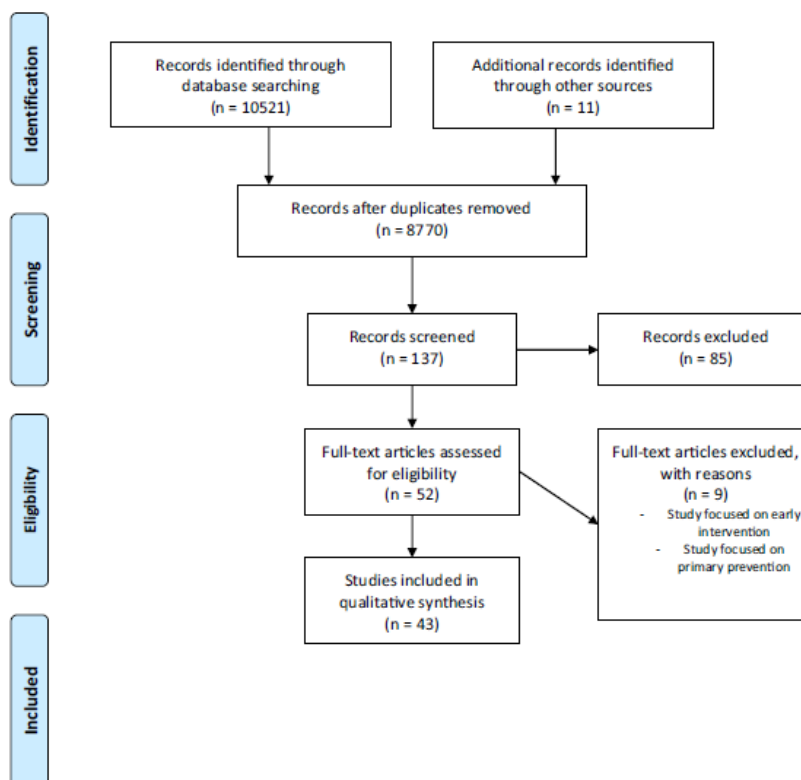
5.1.2.1 Repérage précoce

Nous nous sommes appuyés sur la *scoping review* de de N. Kalindjian *et al.* 2021 et la thèse de médecine de N. Kalindjian. La recherche bibliographique a été réalisée sur PubMed et PsycINFO (sans limite de date et jusqu'en janvier 2021). L'algorithme de recherche était : ("eating disorder*" [tiab] OR "anorexia nervosa" [Title/Abstract] OR "bulimia nervosa" [Title/Abstract] OR "binge eating disorder*" [Title/Abstract] OR "disordered eating" [Title/Abstract] OR "appetitedisorder*" [tiab]) AND ("Secondary

Prevention"[Mesh]OR "detect*"[Title/Abstract] OR "identification"[Title/Abstract] OR "recogni*"[Title/Abstract] OR "secondaryprevention"[Title/Abstract] OR "diagnos*"[tiab] OR"mental health literacy"[tiab]) AND (english[Filter] OR french[Filter]).

Le *flowchart* relatif à cette revue est le suivant:

Fig. 1 Flow diagram of the scoping literature search



5.1.2.2 Intervention précoce

Nous avons réalisé une *overview* ou *umbrella review* sur toutes les revues de la littérature ou méta-analyses revues de littérature. La recherche a été réalisée sur la base de donnée PubMed.

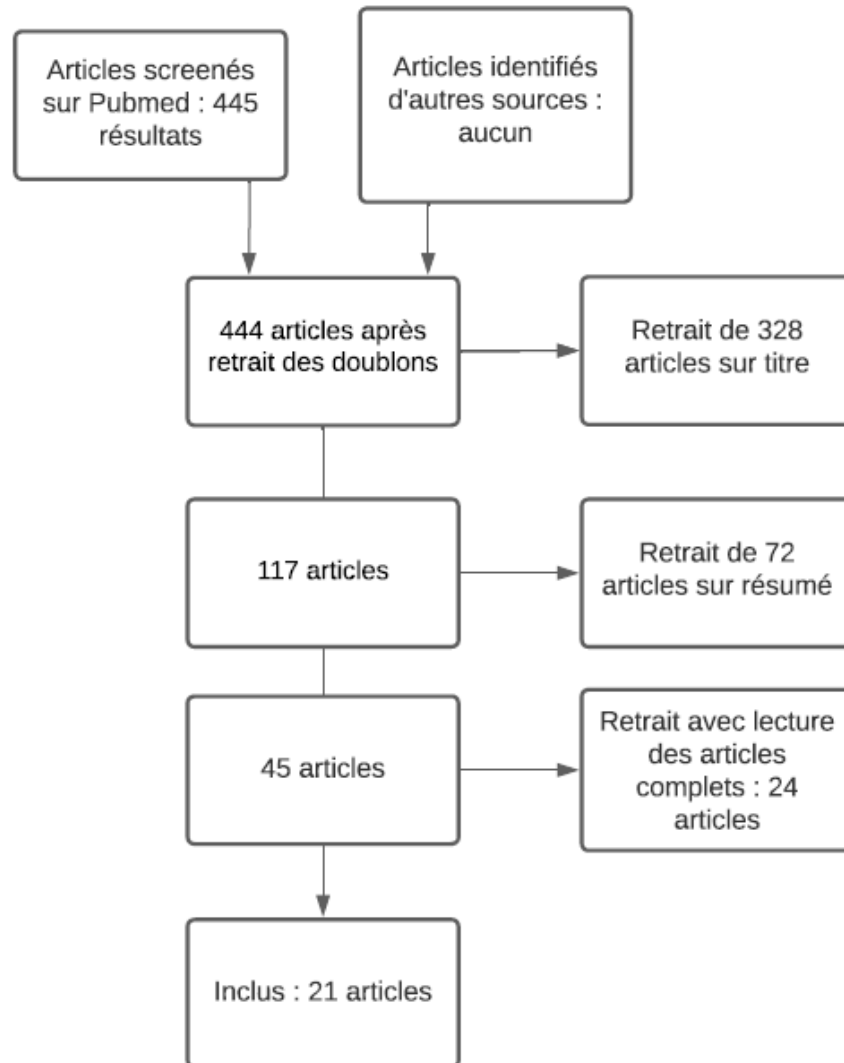
Pour l'intervention précoce nous avons utilisé la recherche suivante :

("eating disorder*"[tiab] OR "anorexia nervosa"[Title/Abstract] OR "bulimia nervosa"[Title/Abstract] OR "binge eating disorder*"[Title/ Abstract] OR "disordered eating"[Title/Abstract] OR "appetite disorder*"[tiab]) AND ("Secondary Prevention"[Mesh] OR "early treatment"[Title/ Abstract] OR "early inter*"[Title/Abstract] OR "secondary prevention"[Title/Abstract] OR "mental health literacy"[tiab]) AND (english[Filter] OR french[Filter]).

La période investiguée était 2013 à mars 2023 : 445 articles retrouvés. Nous avons finalement retenu les *reviews* ou méta-analyses et les quelques articles abordant des

thématiques non traitées dans les revues et méta-analyses. Si des revues ou des méta-analyses portaient sur le même sujet, nous avons gardé la plus récente. Si des sujets n'étaient pas couverts par une revue ou une méta-analyse, nous avons gardé les études le concernant.

La sélection des études a suivi les étapes suivantes :



5.2 Autres sources

Afin d'introduire les questions, de les discuter et d'illustrer certains éléments, nous nous sommes appuyés sur des publications, des chapitres de livres ou des sites internet, aussi souvent que nécessaire. Ces éléments sont cités au fil du texte et référencés.