

Année 2013

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Kim Xuan NGUYEN

Née le 7 mars 1984 à Paris 11ème

Présentée et soutenue publiquement le 12 juin 2013

**LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE
CHEZ LES ADOLESCENTS SUICIDANTS**

Président de thèse : Professeur BOURRILLON Antoine

Directeur de thèse : Docteur de TOURNEMIRE Renaud

DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur le Professeur Antoine BOURRILLON pour avoir accepté de présider ce jury de thèse, ceci est un honneur pour moi. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Je remercie également Monsieur le Docteur Renaud de TOURNEMIRE pour avoir accepté la direction de cette thèse et m'avoir soutenue et éclairée tout au long de sa réalisation. Je vous fais part de mes profonds et sincères remerciements pour votre confiance.

Je souhaiterais remercier les membres du jury de thèse pour avoir accepté de juger cette thèse.

Ma reconnaissance s'adresse également à Madame la Psychologue Fabienne LESAGE, pour son aide précieuse tout au long de l'étude. Je la remercie pour sa gentillesse et sa patience durant l'année passée à m'aider à recueillir les questionnaires.

Merci à toute de l'équipe du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye, pour m'avoir permis de recueillir toutes ces données, sans lesquelles ces travaux n'auraient pas pu voir le jour.

Je tiens à remercier mon compagnon, Bastien, pour son soutien sans faille et sa patience durant la thèse et durant mes longues années d'études (ainsi que pour son aide sur l'analyse statistique).

Merci à mes amies, Anne, Laure, Hélène D., Dana, Pascaline, Nathalie, Hélène V., Sophie, Caroline, Alexandra, Samantha, Florent.

Merci à ma future belle famille, Sylvie, Frédéric, Claire, Christine, Louis, Anouk, Mathias, Laurence, Jérôme, Margot, Axel.

Enfin, merci à ma famille, mes parents, mamie, Mai et Minh qui ont été en permanence présents dans mon cœur et pour leurs encouragements continus.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
La clinique et les enquêtes épidémiologiques évoquent un lien entre les troubles du comportement alimentaire (TCA) et les tentatives de suicide (TS), lien rarement recherché chez l'adolescent suicidant.	
PREMIÈRE PARTIE	7
Définitions, épidémiologie et recommandations concernant les troubles du comportement alimentaire et les tentatives de suicide.	
1) Les troubles du comportement alimentaire	7
a. Définition	7
b. Critères diagnostics et classifications	8
c. Epidémiologie	19
d. Recommandations et dépistage	22
2) Définition et éléments de recommandation pour les suicidants	23
a. Définition de la tentative de suicide	23
b. Recommandations sur les tentatives de suicide	23
c. Cas clinique	24
3) Prise en charge des adolescents et des troubles du comportement alimentaire en soins primaires	25
a. Prise en charge des adolescents en pratique ambulatoire	25
b. Dépistage des troubles du comportement alimentaire en soins primaires	26
DEUXIÈME PARTIE : L'ÉTUDE	27
1) Matériel et méthode	27
a. Hypothèses, objectifs et critères de jugement	27
b. Population étudiée	28
c. Méthodologie	28
d. Considérations éthiques et légales	29
e. Typologie de l'étude et élaboration du questionnaire	29
f. Démarches statistiques	32

2) Résultats	36
a. Résultats du critère principal	36
b. Résultats des critères secondaires	38
3) Discussion	42
a. Discussion sur le critère principal : évaluation de la prévalence des TCA chez les adolescents suicidants	42
b. Discussion sur les critères secondaires : choix des questionnaires	45
 CONCLUSION	 49
 ABRÉVIATIONS	 50
 BIBLIOGRAPHIE	 51
 ANNEXES	 55
 RÉSUMÉ	 62

INTRODUCTION

Les tentatives de suicide (TS) sont un événement relativement fréquent à l'adolescence. En France, le Baromètre Santé 2005 indique une prévalence des TS de 4,8 % chez les adolescents de 15 à 19 ans, avec 7,5 % chez les filles et 1,9 % chez les garçons (1). L'enquête Espad 2007 montre une prévalence de 7,7 % chez les adolescents de 12 à 18 ans, avec 8,3 % chez les filles et 6,9 % chez les garçons (2).

Les données épidémiologiques montrent que près d'un tiers des sujets souffrant de trouble du comportement alimentaire (TCA) ont fait une tentative de suicide. La prévalence des gestes suicidaires s'étendrait de 3 à 27 % dans l'anorexie, de 25 à 35 % dans la boulimie et 38,2 % dans les TCA atypiques (3). Il est important de noter que l'incidence des TCA est en constante augmentation dans de nombreux pays (Hoek et Hoeken 2003 (4)). Parmi les troubles psychiatriques, les sujets souffrant de TCA représentent la 2^{ème} population ayant la mortalité par suicide la plus élevée.

L'existence d'un risque suicidaire chez les personnes souffrant de TCA est bien connue et la littérature est abondante à ce sujet. A l'inverse, il n'existe aucune donnée concernant l'existence de TCA chez les suicidants (individu qui a fait une TS).

Dans les recommandations françaises de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES, future Haute Autorité de Santé (HAS)) sur la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide (5), la recherche des troubles du comportement alimentaire n'est pas mentionnée parmi les éléments à analyser lors d'une TS, ni dans ceux faisant craindre une récurrence à court terme de la TS. C'est également le cas dans les recommandations à l'intention des médecins généralistes publiées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la prévention du suicide (6).

Pourtant, en France, à partir des données du Baromètre santé 2000, Guilbert et Choquet ont montré une corrélation entre les conduites alimentaires perturbées (qui peuvent annoncer une pathologie alimentaire) ou TCA et les idées suicidaires (7). La proportion de jeunes qui ont des idées suicidaires est en effet plus élevée parmi les jeunes ayant déclaré avoir eu des comportements alimentaires perturbés : par exemple, parmi les adolescents s'étant volontairement fait vomir, 50 % disent avoir pensé au suicide contre 9,9 % pour les autres adolescents.

Par ailleurs, et probablement en raison d'une meilleure connaissance de certains praticiens concernant la prévalence des TCA, de nombreux professionnels ont pris l'habitude de rechercher des TCA chez les adolescents qu'ils soient en souffrance (TS, scarification, alcoolisation, fugue...) ou non. Par exemple, l'auto-questionnaire de pré-consultation de Bicêtre (cf annexe 3), utilisé par certains pédiatres hospitaliers auprès de tous les adolescents vus en consultation ou hospitalisés, recherche en autres choses la présence de troubles alimentaires. Ce questionnaire a été proposé à l'ensemble des médecins généralistes en France en 2009 par le ministère de la santé et l'INPES, au travers d'un outil dénommé « Entre Nous » (8). Dans les pays anglo-saxons, et notamment aux Etats-Unis, la présence de TCA est systématiquement recherchée chez tous les adolescents à l'occasion des visites de routine (GAPS Guidelines for Adolescent Preventive Services of American Medical Association (9)).

Il y a donc un décalage entre les recommandations françaises destinées à l'ensemble des professionnels et les pratiques des professionnels les plus avisés.

Les médecins généralistes sont peu formés au repérage des TCA. La connaissance d'une relation entre TS ou idées suicidaires et conduites alimentaires perturbées les encouragerait à prolonger le dialogue plus précisément vers la recherche de troubles alimentaires, lorsqu'ils repèrent des comportements suicidaires et plus largement un mal-être.

La préconisation d'un questionnaire dédié et fiable s'avèrerait utile en ce sens. La mise en œuvre de stratégies de dépistage et de prévention des TCA en soins primaires est essentielle pour la pratique clinique (Ogg et al. 1997 (10)). Des outils de dépistage sont importants car la présentation initiale des TCA est souvent dissimulée (Ogg et al. 1997 (10)). Une prise en charge précoce des TCA permettrait d'améliorer la qualité de vie dans cette population et serait de meilleur pronostic (Jarman et al, 1991 (11)). Dans les recommandations de l'HAS sur la prise en charge de l'anorexie mentale (AM), le repérage et la prise en charge précoces de l'anorexie mentale sont recommandés pour prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique, ainsi que les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales, en particulier chez les adolescents (12).

L'objectif de cette thèse est de déterminer la prévalence des troubles du comportement alimentaire dans une population clinique d'adolescents suicidants, et d'évaluer la pertinence des questionnaires préconisés par l'HAS pour le dépistage des troubles du comportement alimentaire.

PREMIÈRE PARTIE :

Définitions, épidémiologie et recommandations concernant les troubles du comportement alimentaire et les tentatives de suicide

1) Les troubles du comportement alimentaire

a. Définition

Les troubles du comportement alimentaire ou les troubles des conduites alimentaires se caractérisent par des perturbations graves du comportement alimentaire. Ils comprennent entre autre l'anorexie mentale et la boulimie.

L'anorexie mentale se caractérise par le refus de maintenir le poids corporel à une valeur minimale normale, associé à des préoccupations exagérées pour l'alimentation ou le poids.

La boulimie se caractérise par des épisodes répétés de crises d'hyperphagie, appelées aussi crises de boulimie (absorption très rapide d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire, avec sentiment d'une perte de contrôle), suivis de comportements compensatoires inappropriés tels que des vomissements provoqués, l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments, le jeûne, l'exercice physique excessif.

La caractéristique essentielle de l'anorexie mentale et de la boulimie est une altération de la perception de la forme et du poids corporel.

Une autre catégorie plus fréquente, intitulée troubles des conduites alimentaires non spécifié, est proposée pour coder les troubles qui ne répondent pas aux critères des TCA spécifiques (13).

Dans la nouvelle classification américaine attendue en 2013 (DSM-5), un troisième diagnostic est inclus : l'hyperphagie boulimique (binge eating disorder). Cette maladie se caractérise par des épisodes répétés de crises d'hyperphagie sans contrôle du poids. Elle conduit au surpoids et à l'obésité.

L'obésité simple est incluse dans la CIM-10 en tant qu'affection médicale générale, mais ne figure pas dans la CFTMEA ni dans le DSM-IV-TR (cf infra).

b. Critères diagnostics et classifications

i. LES DIFFERENTES CLASSIFICATIONS

Les TCA sont définis selon les critères diagnostiques de différentes classifications françaises avec la CFTMEA, internationales avec la CIM-10, et américaines avec le DSM-IV-TR. La classification la plus souvent utilisée est le DSM-IV-TR car ses critères sont facilement utilisables pour la recherche. Pour ces mêmes raisons, dans cette thèse, la classification du DSM-IV-TR a été utilisée. Une nouvelle classification dénommée DSM-5 doit paraître en mai 2013.

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) a été établie en 1987 sous la direction du pédopsychiatre Roger Misès pour pallier aux manques et à la vision réductionniste et économique des systèmes internationaux (CIM) et américains (DSM). Cette classification avait pour but, à l'origine, de proposer un système de recueil de données cliniques facilement utilisable par les cliniciens, car elle respectait les modalités de raisonnement du diagnostic en pédopsychiatrie. Les qualités de la CFTMEA et sa bonne congruence avec la démarche diagnostique en pédopsychiatrie, ont valu à cette classification d'être largement utilisée en France, mais aussi dans de nombreux pays, seule ou en association avec la CIM-10. Elle est la seule classification de référence en pédopsychiatrie pour les autorités de santé, et a reçu le soutien du centre collaborateur de l'OMS ainsi que l'agrément de la Fédération française de psychiatrie.

La CFTMEA prend en compte des aspects propres à l'enfance et à l'adolescence qui sont absents ou peu développés dans les classifications généralistes CIM-10 et DSM-IV-TR. Ces dernières proposent une description clinique des syndromes sans tenir compte de l'origine des symptômes, ni de la personnalité qui les accompagne.

La Classification Internationale des Maladies dixième version (CIM-10) ou International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)) est une classification internationale publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle classe l'ensemble des maladies, avec une approche médicale plus descriptive et moins spécifique de la méthodologie et des cadres conceptuels que la CFTMEA. Elle a été conçue pour permettre l'analyse systématique, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays. C'est la classification diagnostique internationale unique pour tout ce qui concerne l'épidémiologie générale et de nombreux problèmes de prise en charge sanitaire. Cela comprend l'analyse de la situation sanitaire générale des groupes de populations et la surveillance de l'incidence et de la prévalence des maladies et d'autres problèmes de santé (14).

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 4^{ème} édition, texte révisé, DSM-IV-TR, est développé par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA). Il classe des critères diagnostiques et des recherches statistiques des troubles mentaux spécifiques. Les diagnostics de pathologie psychiatrique du DSM reposent sur l'identification clinique de syndromes et de leur articulation en cinq axes dans une approche statistique et quantitative (13). L'étiologie des pathologies n'y est plus envisagée. Le DSM-IV est un système de classification catégorique. Chaque catégorie de troubles possède un code numérique tiré de la liste de codes CIM-10, utilisé pour des buts administratifs du service (incluant l'assurance) de la santé. C'est un « catalogue » des pathologies mentales. La valeur clinique du DSM est l'objet de critiques de la part de nombreux psychiatres français car le DSM se veut athéorique et purement descriptif. Il y a un risque de céder à une « psychiatisation » excessive de l'état de souffrance et de satisfaire l'industrie pharmaceutique.

ii. ANOREXIE MENTALE

Critères CFTMEA de l'anorexie mentale (15)

7.10	Anorexie mentale
	Trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le patient. Il survient habituellement chez une adolescente ou une jeune femme, mais il peut également survenir chez un adolescent ou un jeune homme, tout comme chez un enfant proche de la puberté. Le trouble est associé à la peur de grossir et d'être atteint dans son aspect corporel. Les sujets s'imposent un faible poids. Il existe habituellement une dénutrition de gravité variable s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et de perturbations des fonctions physiologiques, aménorrhée notamment.
	7.100 Anorexie mentale restrictive
	7.101 Anorexie mentale boulimique

Sont exclus :

- les refus d'alimentation appartenant à un délire (catégorie 1)
- les phobies alimentaires (2.2)
- les restrictions alimentaires avec ou sans vomissement, isolées et ne comportant pas en particulier le déni de la maigreur, la peur de grossir et le désir de minceur, à classer en 2.01.

Correspondance avec la CIM-10 : F50.0 Anorexie mentale

Critères CIM-10 de l'anorexie mentale (14)

F50-0 Anorexie mentale

Même définition que 7.10 anorexie mentale de la classification CFTMEA.

Les symptômes comprennent une restriction des choix alimentaires, une pratique excessive d'exercices physiques, des vomissements provoqués et l'utilisation de laxatifs, de coupe-faim et de diurétiques.

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A.	Poids corporel inférieur à la normale de 15 % (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou index de masse corporelle de Quetelet inférieur ou égal à 17,5. Chez les patients pré-pubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.
B.	La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques.
C.	Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser.
D.	Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormone de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline.
E.	Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.

Sont exclus la perte d'appétit (R63-0) et l'anorexie d'origine psychogène (F50-8).

Critères DSM-IV-TR de l'anorexie mentale (13)

Les critères diagnostiques de l'anorexie mentale (Anorexia Nervosa) sont :

A.	Le refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (par exemple, perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu).
B.	La peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
C.	L'altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.
D.	Chez les femmes post-pubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. (Une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple d'œstrogènes).
Type restrictif (« Restricting type ») : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements).	
Type avec crise de boulimie/vomissements ou prise de purgatif (« Binge-eating/purging type ») : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a présenté régulièrement des crises de boulimie ou des comportements purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements).	

L'absence d'au moins un critère diagnostique révèle une anorexie mentale subsyndromique.

Différence entre DSM-IV-TR et CIM-10 :

La CIM-10 requiert spécifiquement que la perte de poids soit induite par l'évitement délibéré des aliments « qui font grossir » et, chez les hommes, qu'il y ait perte du désir et de la puissance sexuelle (ce qui correspond à l'aménorrhée chez les femmes).

La CIM-10 exclut un diagnostic d'anorexie mentale si des crises de boulimie surviennent régulièrement (13).

iii. BOULIMIE

Critères CFTMEA de la boulimie

7.12 Boulimie	Quelque soit la personnalité sous-jacente, syndrome caractérisé par des accès répétés d'hyperphagie et une préoccupation excessive du contrôle du poids corporel, conduisant à une alternance d'hyperphagie et de vomissements ou d'utilisation de laxatifs. Ce trouble comporte de nombreuses caractéristiques de l'anorexie mentale, par exemple une préoccupation excessive par les formes corporelles et le poids. Les vomissements répétés peuvent provoquer des perturbations électrolytiques et des complications somatiques. Dans les antécédents, on retrouve souvent, mais pas toujours, un épisode d'anorexie mentale, survenu de quelques mois à plusieurs années plus tôt.
--------------------------	---

Sont exclus les accès boulimiques émaillant l'évolution d'une anorexie mentale à classer en 7.10.

Correspondance avec la CIM-10 : F50.2 Boulimie

Critères CIM-10 de la boulimie

F50-2 Boulimie (bulimia nervosa)

Même définition que 7.12 boulimie de la classification CFTMEA.

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A.	Préoccupation persistante concernant l'alimentation, besoin irrésistible de nourriture, et épisodes d'hyperphagie avec consommation rapide de grandes quantités de nourriture en un temps limité.
B.	Le sujet tente de neutraliser la prise de poids liée à la nourriture en recourant à l'un au moins des moyens suivants : des vomissements provoqués, l'utilisation abusive de laxatifs, l'alternance avec des périodes de jeûne, l'utilisation de « coupe-faim », de préparations thyroïdiennes ou de diurétiques. Quand la boulimie survient chez des patients diabétiques, ceux-ci peuvent sciemment négliger leur traitement insulinaire.
C.	Des manifestations psychopathologiques, par exemple, une crainte morbide de grossir, amenant le sujet à s'imposer un poids très précis, nettement inférieur au poids pré-morbide représentant le poids optimal ou idéal selon le jugement du médecin ; Dans les antécédents, on retrouve souvent, mais pas toujours, un épisode d'anorexie mentale. Il peut s'agir d'une anorexie mentale authentique ou d'une forme cryptique mineure avec perte de poids modérée ou phase transitoire d'aménorrhée.

Critères DSM-IV-TR de la boulimie

Les critères diagnostiques de la boulimie (Bulimia nervosa [307.51]) sont :

A.	La survenue récurrente de crise de boulimie (« <i>binge eating</i> »). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes : - L'absorption, en une période de temps limitée (par exemple, moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances. - Le sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de peur de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).
B.	Les comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : les vomissements provoqués ; l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; le jeûne ; l'exercice physique intensif.
C.	Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois.
D.	L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
E.	Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.
Type avec vomissements ou prise de purgatifs ("Purging type") : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.	
Type sans vomissements ou prise de purgatifs ("Non purging type") : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.	

Différence entre DSM-IV-TR et CIM-10 :

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV-TR sont presque les mêmes, si ce n'est la relation entre l'anorexie mentale et la boulimie. A la différence du DSM-IV-TR, qui exclut un diagnostic de boulimie si le comportement survient exclusivement au cours d'une anorexie mentale, la CIM-10 exclut un diagnostic d'anorexie mentale si des crises de boulimie surviennent régulièrement.

iv. TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRES NON SPECIFIÉS (EDNOS)

Dans les troubles du comportement alimentaire non spécifiés (TCANS ou EDNOS : Eating Disorder Not Otherwise Specified), on retrouve essentiellement des formes subsyndromiques (c'est-à-dire ne répondant pas strictement aux critères définis) d'anorexie ou de boulimie, ou encore des formes mixtes, ainsi que l'hyperphagie boulimique. L'hyperphagie boulimique est un trouble caractérisé par des prises alimentaires importantes et répétées avec sentiment de perte de contrôle mais sans stratégie de contrôle du poids, conduisant ainsi à une prise de poids excessive.

Critères CFTMEA des troubles des conduites alimentaires non spécifiés

7.11	Anorexie mentale atypique
	Troubles qui comportent certaines caractéristiques de l'anorexie mentale, mais dont le tableau clinique est incomplet. Par exemple : l'un des symptômes, telles une aménorrhée ou la peur importante de grossir, peut manquer alors qu'il existe une perte de poids nette et un comportement visant à réduire le poids. Sont exclus la perte de poids associée à un trouble somatique. <i>Correspondance avec la CIM-10 : F50.1 Anorexie mentale atypique</i>
7.13	Boulimie atypique
	Troubles qui comportent certaines caractéristiques de la boulimie, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. Exemple : accès hyperphagiques récurrents et utilisation excessive de laxatifs sans changement significatif de poids, ou sans préoccupation excessive des formes ou du poids corporels. <i>Correspondance avec la CIM-10 : F50.3 Boulimie atypique</i>
7.19	Troubles des conduites alimentaires non spécifiés
	<i>Correspondance avec la CIM-10 : F98.9 Troubles comportementaux et émotionnelles apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence sans précision</i>

Critères CIM-10 des troubles des conduites alimentaires non spécifiés

F 50-1	Anorexie mentale atypique
	Même définition que 7.11 anorexie mentale atypique de la classification CFTMEA.
F50-3	Boulimie atypique
	Même définition que 7.13 boulimie atypique de la classification CFTMEA.
F50-4	Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques
	On doit noter ici les hyperphagies avec obésité consécutives à des événements stressants. Les deuils, accidents, interventions chirurgicales, et autres événements éprouvants, peuvent être suivis d'une « obésité réactionnelle ». On inclut l'hyperphagie psychogène. Sont exclus l'obésité (E66-).
F50-5	Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques
	Vomissements répétés survenant au cours d'un trouble dissociatif (F44-) et d'une hypochondrie (F45-2), et qui ne sont pas exclusivement imputables à une des affections classées en dehors de ce chapitre. Ce code peut également être utilisé en complément du code 021 (vomissements incoercibles au cours de la grossesse), quand des facteurs émotionnels sont au premier plan dans la survenue de nausées et de vomissements récurrents au cours de la grossesse. On y inclut l'hyperemesis gravidarum psychogène et les vomissements psychogènes. Sont exclus les nausées (R11) et les vomissements sans autres indications (R11).
F50-8	Autres troubles de l'alimentation
	Perte d'appétit psychogène Pica de l'adulte Sont exclus le pica du nourrisson et de l'enfant (F98-3)
F50-9	Trouble de l'alimentation, sans précision

Critères DSM-IV-TR des troubles des conduites alimentaires non spécifiés

A.	Chez une femme, tous les critères de l'anorexie mentale sont présents, si ce n'est qu'elle a des règles régulières.
B.	Tous les critères de l'anorexie mentale sont remplis excepté que, malgré une perte de poids significative, le poids actuel du sujet reste dans les limites de la normale.
C.	Tous les critères de la boulimie sont présents, si ce n'est que les crises de boulimie ou les moyens compensatoires inappropriés surviennent à une fréquence inférieure à deux fois par semaine, ou pendant une période de moins de trois mois.
D.	L'utilisation régulière de méthodes compensatoires inappropriées fait suite à l'absorption de petites quantités de nourriture chez un individu de poids normal (par exemple, vomissement provoqué après absorption de deux petits gâteaux).
E.	Le sujet mâche et recrache, sans les avaler, de grandes quantités de nourriture.
F.	Hyperphagie boulimique (« Binge Eating Disorder » — BED) : il existe des épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence d'un recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie.

Tableau des correspondances entre les classifications CFTMEA et CIM -10

Code CFTMEA	Intitulés CFTMEA R-2012	codes CIM-10	Intitulés CIM_10
7.1	Troubles des conduites alimentaires	F50	Troubles de l'alimentation
7.10	Anorexie mentale	F50-0	Anorexie mentale
7.100	Anorexie mentale restrictive	F50-0	Anorexie mentale
7.101	Anorexie mentale boulimique	F50-0/F50-2	Anorexie mentale/ Boulimie
7.11	Anorexie mentale atypique	F50-1	Anorexie mentale atypique
7.12	Boulimie	F50-2	Boulimie
7.13	Boulimie atypique	F50-3	Boulimie atypique
		F50-4	Hyperphagie associés à d'autres perturbations psychologiques
7.19	Troubles des conduites alimentaires non spécifiés	F50-9	Troubles de l'alimentation, sans précision

v. CLASSIFICATION DSM-5

Une nouvelle classification, le DSM-5 devrait sortir en mai 2013. La principale lacune du système DSM-IV-TR pour la classification des troubles de l'alimentation, est que les troubles du comportement alimentaire non spécifiés EDNOS sont les plus fréquents dans la pratique clinique, alors que ce ne sont pas les troubles les mieux caractérisés. Le problème est de savoir comment classer ce grand groupe hétérogène. Dans la future classification DSM-5, les critères diagnostiques de l'anorexie mentale et de la boulimie seront assouplis dans l'espoir qu'ils permettront de réduire considérablement la proportion de cas de troubles du comportement alimentaire non spécifiés EDNOS (cf tableau ci-dessous).

Deux principales modifications seront faites en ce qui concerne l'anorexie mentale. La première est que le critère de l'aménorrhée sera abandonné. La seconde est qu'un seuil de poids sera fixé à inférieur à 85 % de l'indice de masse corporelle de la médiane attendu selon l'âge et le sexe. En ce qui concerne la boulimie, la proposition principale sera d'abaisser le seuil de fréquence de l'hyperphagie boulimique et des comportements de « purge » (vomissements volontaires ou l'abus de laxatif) de deux à une fois par semaine. L'hyperphagie boulimique serait reconnue comme un troisième trouble du comportement alimentaire avec l'anorexie mentale et la boulimie, ce qui enlèverait ces cas de la catégorie des troubles du comportement alimentaire non spécifiés EDNOS. Il sera ajouté des sous-classes dans la catégorie EDNOS : l'anorexie mentale atypique, la boulimie infraclinique, l'hyperphagie boulimie infraclinique, et les comportements de purge.

Critères provisoires des troubles du comportement alimentaire de la classification DSM-5
(traduction personnelle) (16) :

Critères diagnostiques provisoires de l'anorexie nerveuse	
A.	Restriction de l'apport énergétique par rapport aux exigences, menant à un poids corporel significativement faible selon le contexte de l'âge, le sexe, la courbe de poids, et la santé physique. Poids significativement faible est défini comme un poids qui est inférieur au minimum normal, ou, pour les enfants et les adolescents, peu inférieure à celle attendue. <i>Le mot « refus » a été omis car cela était considéré comme péjoratif et peut-être difficile à évaluer, car il implique une intention. Une reformulation du critère pour mettre l'accent sur les comportements a été recommandée.</i>
B.	Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant qui interfère avec le gain de poids, alors que le poids est inférieur à la normale. <i>Une clarification au sujet de « la peur de prendre du poids » a eu lieu. Une minorité importante de personnes ayant ce syndrome nie avoir une telle crainte. Par conséquent, l'ajout d'une clause pour se concentrer sur le comportement a été recommandé.</i>
C.	Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.
D.	<i>Le critère D a été supprimé, ce qui constitue un changement important pour le DSM-IV, où l'aménorrhée est nécessaire pour répondre à un diagnostic de troubles alimentaires. Cependant, des individus ont été clairement identifiés comme présentant tous les autres symptômes et signes de l'anorexie mentale, mais déclarant au moins une activité menstruelle. En outre, ce critère ne peut être appliqué aux filles avant leurs premières règles, aux filles prenant des contraceptifs oraux, aux femmes post-ménopausées, ou aux hommes. Cependant, il y a certaines données qui montrent que les femmes qui ont une aménorrhée, ont un plus mauvais état osseux que les femmes qui n'ont pas d'aménorrhée.</i>
Type restrictif : pendant les trois derniers mois, la personne n'a pas présenté, de manière régulière, de crises de boulimie ou de comportement de purge (vomissement volontaire, abus de laxatifs, diurétiques, ou lavements)	
Type avec crise de boulimie/vomissements ou prise de purgatif (Binge-Eating/Purging) : au cours des trois derniers mois, la personne a eu des crises récurrentes d'hyperphagie boulimique ou des comportements de purge (vomissement volontaire, abus de laxatifs, diurétiques, ou lavements)	

DSM-IV exige que le sous-type (restrictif ou avec crise de boulimie ou prise de purgatif) soit spécifié pour l'épisode actuel. Bien qu'il existe des données qui montrent que ces sous-types sont utiles cliniquement et à des fins de recherche, il existe d'importants recoupages entre les sous-types. Ceci conduit à des difficultés à spécifier le sous-type de « l'épisode actuel » de la maladie. Par conséquent, il a été recommandé que le sous-type soit spécifié pour les 3 derniers mois ; 3 mois étant le délai utilisé pour la boulimie et proposé pour l'hyperphagie boulimique.

Critères diagnostiques provisoires de la boulimie	
A.	Épisodes récurrents de crises de boulimie. Un épisode de boulimie se caractérise par les deux éléments suivants : (1) L'absorption, en une période de temps limitée (par exemple, moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances. (2) Le sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de peur de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).
B.	Les comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : les vomissements provoqués ; l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; le jeûne ; l'exercice physique excessif.
C.	Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois. <i>Le critère C est un changement modeste du DSM-IV. DSM-IV exige que les épisodes des crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux en moyenne deux fois par semaine au cours des trois derniers mois. Une revue de la littérature a permis de constater que les caractéristiques cliniques des personnes ayant déclaré une fréquence d'une fois par semaine étaient similaires à celles remplissant le critère de l'époque. Par conséquent, il a été recommandé que la fréquence minimale requise soit réduite à une fois par semaine au cours des trois derniers mois.</i>
D.	L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
E.	Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

Les sous-types ont été supprimés (ce qui a également donné lieu à une reformulation de Critère B). Le DSM-IV exige que le sous-type (restrictif ou avec prise de purgatif) soit spécifié. Une revue de la littérature a indiqué que le sous-type restrictif avait reçu relativement peu d'attention, et les données disponibles suggéraient que les personnes ayant ce sous-type ressemblaient davantage aux personnes atteintes d'hyperphagie boulimique. En outre, définir les comportements restrictifs inappropriés (par exemple, le jeûne ou exercice physique excessif) a été considéré comme incertain.

Critères diagnostiques provisoires d'hyperphagie boulimique

Il s'agit d'un nouveau critère diagnostique donc aucun changement n'est noté.

A.	Épisodes récurrents de crises de boulimie. Un épisode de boulimie se caractérise par les deux éléments suivants: - L'absorption, en une période de temps limitée (par exemple, moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances. - Le sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de peur de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).
B.	Les épisodes d'hyperphagie boulimique sont associés à trois (ou plus) des manifestations suivantes: 1. manger beaucoup plus rapidement que la normale 2. manger jusqu'à se sentir mal à l'aise 3. manger de grandes quantités de nourriture alors qu'on n'a pas faim 4. manger seul(e) car se sent gêné de la façon dont on mange beaucoup 5. Dégout de soi-même, déprimé ou culpabilité après l'épisode.
C.	Détresse importante en ce qui concerne l'hyperphagie boulimique.
D.	Les crises de boulimie se produisent, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant trois mois.
E.	L'hyperphagie boulimique n'est pas associée à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés (par exemple, la purge) et ne survient pas exclusivement au cours de la boulimie ou l'anorexie mentale.

Critères diagnostiques provisoires d'EDNOS

Il est à noter qu'il s'agit d'un changement considérable par rapport au DSM-IV, qui fournissait des critères assez vagues et ne suggérait aucun des groupes de maladies ci-dessous.

Le Groupe de travail a recommandé que les troubles du comportement alimentaire non spécifiés soit remplacés par une section appelée « autre trouble alimentaire ou d'alimentation non classés ». De brèves descriptions de plusieurs cas qui ont été listés dans le DSM-V (à condition que des données soient disponibles en quantité suffisante pour justifier leur classement selon les troubles désignés) ont été incluses dans la proposition :

Anorexie mentale atypique	Tous les critères de l'anorexie nerveuse sont présents, à l'exception, qu'en dépit d'une perte de poids importante, le poids de l'individu reste dans l'intervalle jugé normale ou au dessus de la normale.
Boulimie subsyndromique (faible fréquence ou durée limitée)	Tous les critères de la boulimie nerveuse sont présents, à l'exception du fait que les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent, en moyenne, moins d'une fois par semaine et / ou pendant moins de 3 mois.
Hyperphagie boulimique subsyndromique (faible fréquence ou durée limitée)	Tous les critères d'hyperphagie boulimique sont présents, à l'exception du fait que l'hyperphagie boulimique se produit, en moyenne, moins d'une fois par semaine et/ou pendant moins de 3 mois
Comportement de purge	Comportements de purge récurrents pour modifier le poids ou la silhouette, comme se faire vomir, abus de laxatifs, diurétiques ou d'autres médicaments, en l'absence de crises de boulimie. Influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi ou peur intense de prendre du poids ou de devenir gros.
Syndrome d'alimentaire nocturne	Episodes récurrents d'alimentation la nuit, qui se manifestent par une alimentation après le réveil ou une consommation excessive de nourriture après le repas du soir. Il y a prise de conscience et le souvenir de l'épisode. Le fait de manger la nuit n'est pas explicable par des facteurs externes tels que les changements dans le sommeil de l'individu / cycle d'éveil ou par les normes sociales locales. Le fait de manger la nuit est associé à une importante détresse et / ou une altération du fonctionnement. Cette tendance désordonnée de manger n'est pas explicable par l'hyperphagie boulimique, un autre trouble psychiatrique, une toxicomanie ou une dépendance, une maladie, ou un effet du médicament.
Autre trouble alimentaire ou d'alimentation non classés ailleurs	Il s'agit d'une catégorie résiduelle pour les problèmes cliniquement significatifs répondant à la définition d'un trouble alimentaire ou de l'alimentation, mais ne répondant pas aux critères d'un autre trouble.

c. Épidémiologie

Les TCA constituent un problème majeur de santé publique. Ils sont l'un des trois plus fréquents problèmes de santé mentale, avec la dépression et l'anxiété. Ils touchent en particulier les jeunes femmes, et sont une cause importante de morbidité et de mortalité (17).

Les données épidémiologiques sont encore rares en France (18). Aucune donnée globale d'incidence et de prévalence n'est actuellement disponible en France en population générale.

Les cas d'anorexie mentale répondant aux critères diagnostiques du DSM-IV-TR sont loin d'être exceptionnels : la prévalence en population générale est de 0,9 à 1,5 % chez les femmes et de 0,2 à 0,3 % chez les hommes (12). Les formes subsyndromiques, ne répondant pas strictement aux critères diagnostiques (CIM-10 et DSM-IV-TR), sont plus fréquentes.

La prévalence de l'anorexie mentale a été évaluée à 0,9 % chez les femmes adultes dans deux études indépendantes : une enquête nationale représentative de la population des ménages américains (19) et une étude basée sur la population dans six pays européens (20). Dans l'étude américaine, elle était de 0,3 % chez les hommes (19), alors que dans les études européennes aucun cas n'a été retrouvé chez les hommes (20). Dans un large échantillon représentatif d'adolescents aux États-Unis, le taux de prévalence de l'anorexie mentale était de 0,3 % chez les 13-18 ans (femmes et hommes) (21). La prévalence vie entière est estimée à 0,5 % (13,18). On parle de prévalence vie entière (au cours de l'existence) lorsqu'on mesure la proportion de personnes qui au cours de leur vie seront atteintes par une pathologie donnée.

La prévalence généralement reconnue de la boulimie est d'environ 1% chez les femmes jeunes (4,22). Selon les études américaines (19) et européennes (20) à grande échelle la prévalence de la boulimie, varie entre 0,9 et 1,5 % chez les femmes et entre 0,1 % et 0,5 % chez les hommes. La prévalence vie entière de la boulimie chez les femmes adolescentes ou jeunes adultes jeunes est située approximativement entre 1 et 3 %.

Les chercheurs ont défini les troubles du comportement alimentaire non spécifiés EDNOS de différentes manières. Les prévalences rapportées sont donc difficiles à comparer, et l'utilisation de définitions limitantes conduit à sous-estimer la prévalence réelle des troubles alimentaires qui pourraient être considérés comme EDNOS (23). La principale prévalence d'EDNOS dans un échantillon de jeunes femmes à l'échelle nationale au Portugal était de 2,4 % (24).

La prévalence d'hyperphagie boulimique a été évaluée dans des échantillons de population importants aux États-Unis (19,21) et en Europe (20). Dans six pays européens, elle

était de 1,9 % chez les femmes et 0,3 % chez les hommes (20). Les prévalences vie entière ont été trouvées plus élevées aux Etats-Unis qu'en Europe, que ce soit chez les adultes (femmes 3,5 %; hommes 2,0 %) ou chez les adolescents de 13-18 ans (filles 2,3 %; garçons 0,8 %) (19,21). Cette différence peut s'expliquer par le fait que les chercheurs américains ont utilisé un critère de durée de seulement trois mois au lieu des six mois nécessaires dans les critères de recherche du DSM-IV.

En 2009, Stice et ses collègues ont suivi un échantillon de 496 adolescentes américaines sur une période de 8 ans du début de l'adolescence vers l'âge adulte (25). La prévalence était estimée à 0,6 % pour l'anorexie mentale (AM) et à 0,6 % pour les formes subsyndromiques d'AM, à 1,6 % pour la boulimie et à 6,1 % pour les formes subsyndromiques de la boulimie, à 1,0 % pour l'hyperphagie boulimique et à 4,6 % les formes subsyndromiques de l'hyperphagie boulimique, et à 4,4% pour les comportements de purges. Cela conduit à une prévalence vie entière de tous les troubles alimentaires à 12 %.

En 2012, Stice a repris ce même échantillon pour étudier la prévalence des TCA avec la classification DSM-5 (26). Assouplir les critères diagnostiques de l'anorexie mentale et de la boulimie, et la reconnaissance de l'hyperphagie boulimique, a permis de diminuer la proportion de troubles du comportement alimentaire non spécifiés EDNOS de 52,7 à 25,1 %. Un quart garde le diagnostic d'EDNOS pour deux raisons. Tout d'abord, plutôt que d'être des formes infracliniques d'anorexie mentale ou de boulimie, de nombreux troubles du comportement alimentaire non spécifiés EDNOS sont « mixtes » avec les caractéristiques de l'anorexie mentale et la boulimie. Deuxièmement, l'hyperphagie boulimique n'est pas aussi fréquente que ce l'on croit. Dans cette étude, la prévalence était de 0,8 % pour l'anorexie mentale, de 2,6 % pour la boulimie, de 3,0 % pour l'hyperphagie boulimique, de 2,8 % pour l'anorexie mentale atypique, de 4,4 % pour la boulimie infraclinique, de 3,6 % pour l'hyperphagie infraclinique, et de 3,4 % pour les comportements de purge, sur la base des critères diagnostiques proposés dans le DSM-5. La prévalence globale de tous les troubles alimentaires à 20 ans était de 13,1 %. La prévalence des troubles alimentaires proposés dans le DSM-5 était légèrement plus élevée que la prévalence des troubles alimentaires proposés dans DSM-IV-TR, sauf pour la boulimie infraclinique, l'hyperphagie boulimique infraclinique et les comportements de purge.

Les troubles du comportement alimentaire les plus fréquents ne sont pas les troubles les plus caractérisés comme l'anorexie mentale ou la boulimie, mais ce sont les troubles du comportement alimentaire non spécifiés.

Le tableau ci-dessous synthétise les prévalences des études épidémiologiques citées ci-dessus :

	ANOREXIE MENTALE	BOULIMIE	EDNOS				
			Anorexie subsyndromique	Boulimie subsyndromique	Hyperphagie boulimique	Hyperphagie boulimique subsyndromique	Comportement de purge
Hudson JI, et al, USA, 2007	0,9 % femmes 0,3 % hommes	0,9-1,5 % femmes 0,1-0,5 % hommes			adultes : 3,5 % femmes 2 % hommes 13-18 ans : 2,3 % filles 0,8 % garçons		
Preti A, et al, Europe, 2006	0,9 % femmes 0 homme				1,9 % femmes 0,3 % hommes		
Machado PP, et al., 2007			2,40%				
Swanson SA, et al, USA, 2011	0,3 % chez les 13-18 ans (filles et garçons)						
Stice et al. 2009	0,60%	1,60%	0,60%	6,10%	1%	4,60%	4,40%
Stice et al. 2012 (DSM-5)	0,80%	2,60%	2,80%	4,40%	3%	3,60%	3,40%

d. Recommandations et dépistage des troubles du comportement alimentaire

Il existe de nombreuses recommandations internationales sur les TCA (National Institute for Clinical Excellence (NICE) équivalent anglais de notre HAS au Royaume-Uni (27), AMA aux Etats-Unis (28)). Selon les recommandations NICE, le questionnaire SCOFF a été adopté en tant qu'instrument de dépistage « standard » au Royaume-Uni (29,30).

En France, il n'y a pas de recommandations de l'HAS sur les TCA au sens large, mais récemment des recommandations de bonne pratique ont été faites pour l'anorexie mentale et inclus la question du dépistage des TCA.

Recommandation HAS sur la prise en charge de l'anorexie mentale (12)

Ces recommandations de bonne pratique (RBP) ont été élaborées par l'Association française pour le développement d'approches spécialisées pour les troubles du comportement alimentaire (AFDAS-TCA) avec la participation de la Fédération française de psychiatrie (FFP) et de l'unité 669 de l'Inserm, dans le cadre d'un partenariat avec l'HAS.

Les objectifs de ces RBP sont :

- d'aider à repérer plus précocement l'anorexie mentale
- d'améliorer l'accompagnement du patient et de son entourage
- d'améliorer la prise en charge et l'orientation initiale des patients
- d'améliorer la prise en charge hospitalière lorsqu'elle est nécessaire et la prise en charge post-hospitalière.

Ces RBP sont destinées à tous les professionnels de santé et travailleurs sociaux susceptibles d'être impliqués dans la prise en charge des patients ayant une anorexie mentale, notamment : médecins généralistes, pédiatres, médecins et infirmiers scolaire.

Le repérage et la prise en charge précoces de l'anorexie mentale sont recommandés pour prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales, en particulier chez les adolescentes (grade C). Ils permettent une information sur l'anorexie mentale et ses conséquences et facilitent l'instauration d'une véritable alliance thérapeutique avec le patient et ses proches.

Pour les populations à risque, il est recommandé lors de l'entretien de :

- Poser systématiquement une ou deux questions simples sur l'existence de TCA
- Ou d'utiliser le questionnaire SCOFF-F (initialement DFTCA : définition française des troubles du comportement alimentaire, traduction française validée du SCOFF) en tête à tête avec le patient, où deux réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA.

2) Définition et éléments de recommandation pour les suicidants

a. Définition de la tentative de suicide

Les tentatives de suicide ont différentes définitions selon les auteurs.

Pour le sociologue Emile Durkheim, c'est un suicide arrêté avant que la mort ne survienne. Il définit le suicide comme « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat ».

Dans ses recommandations de 1998, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) définit la tentative de suicide comme « conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir ».

Pour l'OMS, une tentative de suicide est « tout acte délibéré, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne (phlébotomie, précipitation, pendaison, arme à feu, intoxication au gaz...) ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique ».

Pour le pédiatre Patrick Alvin, une tentative de suicide est un « appel à l'aide », une demande de vivre mieux et non pas, le plus souvent, une volonté réelle de mourir (31) .

Pour notre étude, nous avons choisi la définition de l'OMS pour les tentatives de suicide, en écartant les scarifications dont la signification est variée et que l'on retrouve souvent comme un processus répétitif permettant de se soulager physiquement d'une douleur morale.

Pour l'HAS, un adolescent suicidant est un adolescent ayant réalisé une tentative de suicide (5).

b. Recommandations sur les tentatives de suicide

Il n'est pas mentionné dans les recommandations de l'OMS et de l'HAS la recherche explicite de TCA chez un adolescent ayant fait une TS. Notre hypothèse est que les troubles du comportement alimentaire sont plus fréquents chez les adolescents suicidants que chez les adolescents tout venants. Il serait donc intéressant, si notre étude confirme notre hypothèse, d'ajouter aux recommandations HAS et OMS sur la prise en charge des adolescents après une tentative de suicide, la nécessité de rechercher des troubles du comportement alimentaire

c. Cas clinique

Sophie, 15 ans et demi, a été hospitalisée dans le service des adolescents du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye en février 2010, à la suite d'une première tentative de suicide médicamenteuse. Le 15 février au matin, après une dispute avec sa mère, Sophie prend 5 comprimés de SPASFON, 4 comprimés de DECONTRACTYL et 5 comprimés d'ALGICALM. Elle se rend à ses cours et une amie de classe la conduit à l'infirmerie. Elle est adressée au service d'accueil des Urgences par l'infirmière. A l'interrogatoire, on retrouve une tentative de suicide médicamenteuse passée inaperçue, trois semaines auparavant. Une hospitalisation est proposée et acceptée dans l'unité de médecine pour adolescents du service de pédiatrie.

Sophie n'a aucun d'antécédent médical. Elle fume une dizaine de cigarettes par jour et consomme du cannabis et de l'alcool de façon occasionnelle. Elle vit avec sa mère et ses deux petites sœurs de 14 et 8 ans. Les parents se sont séparés 2 ans auparavant, dans un contexte de conflit conjugal ancien. L'examen clinique et les examens complémentaires sont sans particularité. Elle pèse 52 kg 300 (avec une prise de 5 kg à la suite d'un séjour à l'étranger, marquée par une hyperphagie continue sans possibilité de vomissement), pour une taille d'1 mètre 62, avec un indice de masse corporelle de 20 kg/m². Elle présente des cicatrices de scarifications anciennes sur l'avant-bras gauche. Son stade est pubertaire P5-S5.

Un trouble du comportement alimentaire, de type boulimique avec des phases restrictives, est dépisté à cette occasion. Les parents ont été rencontrés chacun séparément. Sophie est sortie de l'hôpital avec, à sa demande, une psychothérapie individuelle, et des consultations familiales au centre de consultation du couple et de la famille. Un suivi en consultation à l'hôpital a été également proposé. Sophie a été revue en consultation en mai 2010 par le Dr de Tournemire. La problématique alimentaire était au premier plan avec des crises quotidiennes d'hyperphagie ainsi que des vomissements après les repas et après les phases d'hyperphagie. Au décours de la consultation, une hospitalisation pour sevrage boulimique a été proposée et acceptée après quelques jours de réflexion.

Dans ce cas clinique, on découvre chez cette adolescente fait une tentative de suicide, des troubles importants du comportement alimentaire qui étaient passés inaperçus auprès de son entourage et de son médecin traitant. Sa tentative de suicide n'était cependant pas totalement en lien avec son trouble du comportement alimentaire.

3) Prise en charge des adolescents et des troubles du comportement alimentaire en soins primaires

a. Prise en charge des adolescents en pratique ambulatoire

L'OMS définit comme adolescent tout individu de 10 à 19 ans (32). Cette définition est basée sur le fait que pendant cette période l'organisme est en pleine croissance avec des modifications endocriniennes, psychiques et sociales majeures. Une circulaire de la Direction Générale de la Santé (DGS/DH n° 132 du 16 mars 1988 (33)) précise : « s'il est difficile de définir l'adolescence en termes chronologiques, en pratique doivent être considérés comme adolescents les patients âgés de 13 à 19 ans, étant entendu que les limites d'âge ne sauraient être strictes et doivent être adaptées en fonction de variables individuelles ».

Lorsqu'ils ont des problèmes de santé, les adolescents consultent le plus souvent des médecins généralistes (34). Au cours d'une enquête auprès de 3 pédiatres et de 3 généralistes de la région de Nancy, les 10 à 19 ans ne représentent que 2,6 % des consultations pédiatriques. 20 % des adolescents sont demandeurs de conseils chez le généraliste et seulement 2 % chez le pédiatre (35).

Pendant la puberté, les modifications alimentaires sont habituelles avec une augmentation des besoins nutritifs en rapport avec l'accélération de la vitesse de croissance. Avant cette période de croissance rapide, il existe une période de croissance plus lente caractérisée par des besoins nutritifs moindres, avec diminution de l'appétit, parfois facteur d'inquiétude familiale. La surveillance attentive de la courbe de corpulence permet de repérer les écarts rapides de poids, qui doivent faire rechercher une anorexie ou une hyperphagie boulimique mais le praticien devra aussi penser à poser des questions sur l'alimentation.

L'anorexie mentale et la boulimie débutent souvent pendant l'adolescence, au milieu ou à la fin de l'adolescence (14 à 18 ans) pour l'anorexie mentale et généralement à la fin de l'adolescence pour la boulimie (13).

b. Dépistage des troubles du comportement alimentaire en soins primaires

Le rôle essentiel des praticiens de soins primaires dans la détection et la gestion des troubles de l'alimentation est de plus en plus reconnu (Currin, Schmidt, & Waller, 2007 (36); Treasure, Troop, & Ward, 1996 (37)). Les patients ayant un TCA consultent les médecins généralistes plus souvent que la population générale en raison de plaintes physiques et psychologiques (10), et malgré cela, 50 % d'entre eux ne sont pas diagnostiqués comme ayant des TCA (38). La détection des troubles de l'alimentation dans les soins primaires a été jugée mauvaise (Hoek van & Hoeken, 2003 (4); Johnson, Spitzer et Williams, 2001 (39)). Une enquête menée par l'Association des Troubles Alimentaires (40) indique que 42 % des médecins généralistes n'ont pas fait un diagnostic précoce.

Au Royaume-Uni, les lignes directrices du NICE sur la prise en charge des troubles alimentaires mettent en avant la nécessité d'améliorer l'identification et le dépistage des troubles de l'alimentation dans les établissements de soins primaires (27), car cela améliore leur pronostic (41).

Il faut donc mieux former les médecins généralistes et leur fournir un outil de dépistage simple et fiable pour les aider à dépister des TCA.

DEUXIÈME PARTIE : L'ÉTUDE

1) Matériel et méthode

a. Hypothèses, objectifs et critères de jugement

Les hypothèses sont les suivantes :

- Les troubles du comportement alimentaire sont plus fréquents chez les adolescents suicidants que chez les adolescents tout venants.
- On peut faire le dépistage des troubles du comportement alimentaire en soins primaires par une ou plusieurs questions simples.
- La tentative de suicide est parfois la conséquence du TCA.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les adolescents suicidants.

Les objectifs secondaires sont de déterminer un questionnaire adapté à cette problématique, en étudiant la pertinence du SCOFF-F par rapport à des questions simples pour le dépistage des TCA, tout en les vérifiant après classification par DSM-IV-TR faite par un médecin spécialisé. Le lien entre les TCA et la TS a été aussi évalué.

Les critères de jugement sont :

- Critère principal :

La présence de troubles du comportement alimentaire chez les adolescents suicidants

- Critères secondaires :

- La pertinence des questionnaires SCOFF et des questions simples évaluée à partir de la sensibilité, spécificité et du coefficient Kappa-Cohen
- La proportion d'adolescents suicidants dont la TS est en lien avec le TCA.

b. Population étudiée

Les participants étaient des adolescents de 13 à 18 ans, qui avaient fait une tentative de suicide et été admis dans le Service des Urgences Pédiatriques du Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) de Poissy-Saint-Germain-en-Laye.

D'octobre 2011 à février 2013, il y a eu 115 d'adolescents suicidants inscrits aux Urgences. 63 suicidants ont remplis le questionnaire. Il n'y a pas eu de refus lorsque les questionnaires ont été proposés. Les médecins n'ont pas proposé le questionnaire aux 52 restants.

3 patients ont été inclus 2 fois dans l'étude car ils avaient fait 2 TS lors de la période d'inclusion.

c. Méthodologie

L'étude s'est déroulée d'octobre 2011 à février 2013, soit pendant 17 mois. Un questionnaire et un formulaire d'information et de consentement éclairé (voir annexe 2) ont été remis aux adolescents de 13 à 18 ans, qui avaient fait une tentative de suicide et qui avaient été admis dans le Service des Urgences Pédiatriques du CHI de Poissy-Saint-Germain-en-Laye. Les questionnaires ont été remplis aux urgences si l'adolescent n'était pas hospitalisé, ou en salle s'il était hospitalisé.

L'adolescent le remplissait seul et le redonnait ensuite au médecin. Il y avait ensuite un entretien avec un médecin spécialisé dans les TCA pour déterminer s'il avait un TCA selon les critères de la classification DSM-IV-TR. Le médecin ignorait les résultats du questionnaire. Le diagnostic du médecin a servi de référence indépendante pour analyser la fiabilité du questionnaire.

Les questionnaires étaient conservés au CHI de Poissy-Saint-Germain-en-Laye, et le recueil des données était fait sur place, et de façon anonyme, dans un tableau Microsoft Excel®.

Tous les patients ayant donné leur consentement éclairé ont été inclus dans cette étude.

d. Considérations éthiques et légales

Les parents sont toujours informés de la tentative de suicide ainsi que des modalités de prise en charge. Ils font partie intégrante du processus de soin.

Les réponses des adolescents à nos questions ou aux divers questionnaires régulièrement proposés (questionnaire de pré-consultation de Bicêtre, estime de soi, fonctionnement familial, dépression, et maintenant questionnaire alimentaire) sont confidentielles, mais peuvent être abordés avec les parents avec l'accord de l'adolescent.

Il s'agit d'une étude strictement observationnelle n'entraînant pas de changement de pratique au sein du service des adolescents du CHI de Poissy-Saint-Germain-en-Laye, qui souhaitait mettre en place ce questionnaire supplémentaire suite aux recommandations de l'HAS.

La méthodologie de l'étude a été approuvée par le Comité de Protection des Personnes d'Ile de France (voir annexe 4).

e. Typologie de l'étude et élaboration du questionnaire

Il s'agit d'une étude observationnelle, quantitative, prospective et unicentrique.

Le questionnaire a été élaboré sur la base des recommandations de l'HAS sur la prise en charge de l'anorexie mentale, en juin 2010 (12). Dans les modalités du repérage ciblé de l'anorexie mentale, il était stipulé que pour les populations à risques, il est recommandé à l'entretien de :

- poser systématiquement une ou deux questions simples sur l'existence de TCA telles que : « avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ? » ou « est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? » ;
- ou d'utiliser le questionnaire SCOFF-F (initialement DFTCA : définition française des troubles du comportement alimentaire, traduction française validée du SCOFF) en tête à tête avec le patient, où deux réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA.

Morgan et al. (1999) (42) ont élaboré un questionnaire afin de dépister les caractéristiques fondamentales de l'anorexie mentale et de la boulimie. Le SCOFF est composé de cinq questions dichotomiques. Il est noté de 0 à 5 selon la somme des réponses oui = 1 et non = 0. Dans les études précédentes (Luck et al 2002 (17), Garcia-Campayo. et al. 2005 (43); Hill et

al. 2010 (30)), il a été présenté comme un instrument de dépistage très efficace pour détecter les TCA dès que deux réponses positives sont présentes. Il est simple, court et mémorisable. Aucun participant dans l'étude SCOFF de Hill et al. 2010 (30), n'avait trouvé les questions du SCOFF inacceptables et ils avaient tous rempli le questionnaire en moins de 2 minutes.

Le SCOFF a été initialement conçu pour être rempli en face-à-face, afin d'éviter la tendance à l'anticipation. Toutefois, la version écrite s'est avérée une méthode légitime avec un taux de dépistage plus élevé. Compte tenu de la clarté des questions et des réponses dichotomiques, la tendance à l'anticipation est peu probable quelque soit le mode de réalisation du questionnaire orale ou écrite. Selon Perry et al (44), l'utilisation de la forme écrite améliore la communication et augmente sa valeur prédictive sur la forme orale.

Le questionnaire utilisé dans le cadre de ces travaux comprenait des questions fermées :

- Deux questions simples sur l'existence de trouble du comportement alimentaires :
 - « Avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre alimentation ? »
 - « Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? »
- Le questionnaire SCOFF-F (initialement DFTCA : définition française des troubles du comportement alimentaire, traduction française validée du SCOFF) où deux réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA :
 1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
 2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
 3. Avez-vous récemment perdu plus de 6kg en 3 mois ?
 4. Pensez-vous que vous êtes gros (se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
 5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?
- Une question sur le lien entre les troubles du comportement alimentaire et la tentative de suicide :
 - « Est-ce que votre tentative de suicide actuelle est en lien avec un problème alimentaire? »
- une partie classification DSM-IV-TR à remplir par le médecin pour confirmer et déterminer le type de trouble du comportement alimentaire.

Les patients inscrivaient les initiales de leurs nom et prénom, la date où ils avaient rempli le questionnaire, leur âge et leur sexe. Ces questionnaires demeuraient anonymes.

Voire annexe 1 : Questionnaire de la thèse

Ce questionnaire SCOFF (chaque lettre se réfère à l'une des cinq questions : Sick, Control, One stone, Fat, Food) a été testé et validé dans trois études (Morgan et al, 1999 (42) ; Luck et al. 2002 (17); Perry et al. 2002 (44)) et plus tard traduit en six langues différentes (2002 collective Expertise (45); Garcia-Campayo et al. 2005 (43); Herpertz-Dahlmann et al. 2008 (46); Kaluski et al. 2008 (47); Lähteenmäki et al. 2009 (48); Muro-Sans et al. 2008 (29)). Le questionnaire SCOFF est l'outil de dépistage de référence au Royaume-Uni (Muro-Sans et al. 2008 (29) ; Hill et al. 2010 (30)). Une version française de SCOFF a été utilisée (2002 collective Expertise (45)).

Une version fiable du questionnaire SCOFF était nécessaire pour le dépistage des TCA chez cette population de langue française. L'étude de Garcia et al. 2010 a permis de valider la version française du SCOFF, le SCOFF-F, dans une population composée de 400 étudiantes de sexe féminin (49). La sensibilité, la spécificité et la précision du test étaient de 94,6 %, 94,8 % et de 96,2 % respectivement pour les TCA dans cette population étudiante. Les valeurs prédictives positives et négatives étaient de 65 % et 99 % pour l'ensemble des TCA. Devant ces performances intrinsèques (sensibilité et spécificité) et extrinsèques (valeurs prédictives positives et négatives), le SCOFF-F est un test valide et peut être utilisé comme outil de dépistage.

f. Démarches statistiques

1) Outil informatique

Les réponses ont été codées puis transcrites dans un tableur Microsoft Excel® pour l'analyse statistique.

2) Méthode pour le critère principal (estimation de la prévalence des TCA chez les adolescents suicidants)

L'analyse principale est portée sur l'estimation de la prévalence des TCA (anorexie mentale, boulimie, troubles des conduites alimentaires non spécifiées EDNOS définies par le DSM-IV-TR) chez les adolescents suicidants de 13 à 18 ans consultant aux urgences pendant la durée de l'étude d'octobre 2011 à février 2013.

Dans un deuxième temps, la prévalence de chacun des types de TCA a été estimée dans cette population.

3) Calcul de l'intervalle de confiance

Les valeurs des prévalences ont été données avec un intervalle de confiance qui dépend de la taille de l'échantillon, de la prévalence calculée sur l'échantillon et du risque d'erreur admis (ici 5 %).

La précision e de l'intervalle de confiance est calculée de la manière suivante :

$$e = u_{\alpha} \sqrt{\frac{p \cdot (1 - p)}{N}}$$

Avec N la taille de l'échantillon, p la prévalence calculée sur l'échantillon et u_{α} le quantile basé sur la loi normale centrée réduite avec α la confiance souhaitée (pour ces travaux, l'intervalle de confiance est choisie à 95 %, d'où $u_{\alpha}=1.96$)

Par exemple, pour un échantillon de 60 individus et α la confiance souhaitée à 95 %, l'intervalle de confiance est $e = +$ ou $- 12,4$ % pour une prévalence calculée à 40 %, soit un intervalle de confiance [27,6; 52,4 %].

4) Méthode pour l'analyse comparative des questionnaires et pour la recherche d'un questionnaire adapté pour le dépistage des TCA

Les questionnaires testés sont :

- Le questionnaire simple (deux questions de l'HAS étudiées dans le cadre de cette thèse)
- Le SCOFF-F
- Un questionnaire dit hybride, constitué des questions du SCOFF et du questionnaire simple de l'HAS, qui a été optimisé en fonction des valeurs du ROC (cf. ci-dessous)
- Des « minis » questionnaires d'une question seulement, constitués à partir du SCOFF-F et des 2 questions simples de l'HAS. L'objectif est de comparer la sensibilité et la spécificité des questions individuellement et d'étudier la pertinence de proposer un questionnaire très simplifié, rapide et préliminaire aux médecins généralistes.

Tableau des différents questionnaires testés

Type de Questionnaire	Intitulé des questions
Questionnaire simple	Q.1. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème avec votre alimentation ? Q.2. Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ?
SCOFF-F	S.1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ? S.2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ? S.3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ? S.4. Pensez-vous que vous êtes gros (se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ? S.5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?
Questionnaire hybride 1 (Q.1 du questionnaire simple + SCOFF-F)	Q.1. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème avec votre alimentation ? S.1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ? S.2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ? S.3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ? S.4. Pensez-vous que vous êtes gros (se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ? S.5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?
Questionnaire hybride 2 (Questionnaire simple + SCOFF-F)	Q.1. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème avec votre alimentation ? Q.2. Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? S.1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ? S.2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ? S.3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ? S.4. Pensez-vous que vous êtes gros (se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ? S.5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?
« minis » questionnaires d'une question seulement	Q.1. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème avec votre alimentation ?
	Q.2. Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ?
	S.1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
	S.2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
	S.3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
	S.4. Pensez-vous que vous êtes gros (se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
	S.5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

La référence utilisée pour juger de la validité des questionnaires est le diagnostic posé par le médecin spécialisé dans les TCA, le Dr de Tournemire.

La validité et la pertinence de ces questionnaires ont été évaluées en calculant la sensibilité, la spécificité et les valeurs prédictives positives et négatives pour le seuil de chaque test.

Le tableau suivant permet d'illustrer les données suivantes :

	Malade selon la référence	Non malade selon la référence	Total
Test positif	a	b	a+b
Test négatif	c	d	c+d
Total	a+c	b+d	N=a+b+c+d

- La sensibilité d'un test pour une maladie est la probabilité que le test soit positif si le sujet est atteint de la maladie, soit $\frac{a}{a+c} \%$.
- La spécificité d'un test pour une maladie est la probabilité que le test soit négatif si le sujet n'est pas atteint de la maladie, soit $\frac{d}{b+d} \%$.
- La valeur prédictive positive est la probabilité d'être malade lorsque le résultat est positif, soit $\frac{a}{a+b} \%$.
- La valeur prédictive négative est la probabilité d'être indemne de la maladie quand le test est négatif, soit $\frac{d}{c+d} \%$.

Les questionnaires ont été comparés sur la base de deux méthodes fondées sur l'utilisation des critères définis ci-dessus :

- Le coefficient Kappa-Cohen

Le coefficient de Kappa-Cohen permet de mesurer l'accord entre deux observateurs qui portent un jugement qualitatif en catégories. Dans ce cas précis, il permettra d'analyser la corrélation entre le diagnostic établi à partir du questionnaire et le diagnostic de référence posé par le médecin spécialisé dans les TCA, le Dr de Tournemire. Les catégories de jugement qualificatifs sont TCA / Non TCA.

Ce coefficient est défini comme

$$\kappa = \frac{\text{Pr}(a) - \text{Pr}(e)}{1 - \text{Pr}(e)},$$

Avec $\text{Pr}(a)$ l'accord entre les deux observateurs (questionnaire et référence) et $\text{Pr}(e)$ la probabilité d'un accord dû au hasard.

Dans le cas étudié ici, $\text{Pr}(a) = \frac{a+d}{N}$ et $\text{Pr}(e) = \frac{(a+c).(a+d) + (b+d).(c+d)}{(N)^2}$

La table suivante apporte des éléments d'interprétation du coefficient Kappa-Cohen :

Valeur de κ	Interprétation
Entre 0 et 0,2	Accord très faible
Entre 0,21 et 0,4	Accord faible
Entre 0,41 et 0,6	Accord modéré
Entre 0,61 et 0,8	Accord fort
Entre 0,81 et 1	Accord presque parfait

- La courbe ROC (Receiver Operating Characteristics)

La courbe ROC est le tracé des valeurs de la sensibilité Se en fonction de $1-Sp$ (Spécificité). Elle permet d'argumenter le choix du meilleur questionnaire pour détecter efficacement la présence d'une maladie. Le meilleur rapport sensibilité-spécificité du test est situé dans le coin en haut à gauche du graphique.

5) Lien entre tentative de suicide et trouble du comportement alimentaire

La prévalence des adolescents suicidants déclarant que leur TS est en lien avec un problème alimentaire a été estimée.

2) Résultats

a. **RÉSULTATS DU CRITÈRE PRINCIPALE : « Évaluer la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les adolescents suicidants »**

1. Analyse de l'échantillon

Taux de Réponse au questionnaire

115 patients ont été admis pour une tentative de suicide aux Urgences pédiatrique du CHI Poissy-Saint-Germain-en Laye entre octobre 2011 et février 2013.

63 de ces patients, soit 54,8 %, ont rempli le questionnaire. Le questionnaire était systématiquement rempli lorsqu'il était proposé.

52 de ces patients, soit 45,2 %, n'ont pas rempli le questionnaire car il ne leur avait pas été donné.

Caractéristiques de la population

La population répondante est composée de 90,2 % de filles et de 9,8 % de garçons.

La médiane d'âge de la population répondante est de 15,5 ans. On note un minimum de 13 ans et un maximum de 18 ans.

La médiane d'âge des femmes répondantes est de 15 ans. La médiane d'âge des hommes répondants est de 16,75 ans.

2. Prévalence TCA

La prévalence de l'ensemble des TCA chez les adolescents suicidants est de 41,3 % avec un IC 95 % [29,1-53,4 %].

La prévalence par types de TCA est la suivante :

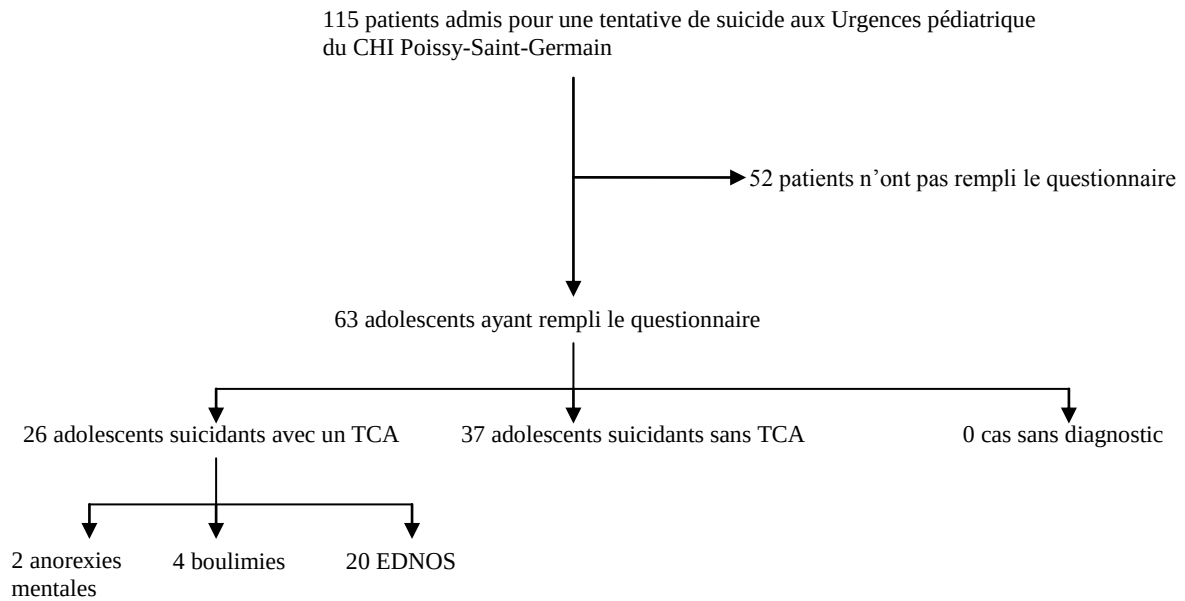
- 3,2 % pour l'anorexie mentale avec un IC 95 % [0-7,5 %], avec 50 % de filles et 50 % de garçons.

- 6,3 % pour la boulimie avec un IC 95 % [0,3-12,4 %], composé uniquement de filles.

- 31,7 % pour les troubles du comportement alimentaire non spécifique EDNOS avec un IC 95 % [20,3-43,2 %], composé uniquement de filles.

NB : Sur la base de l'échantillon analysée, la prévalence la plus probable est celle indiquée et il y a une probabilité très élevée de 95 % que la prévalence réelle (i.e. avec un échantillon infini) se situe dans l'intervalle de confiance indiqué.

Flow chart de la population de l'étude



b. RÉSULTATS DES CRITÈRES SECONDAIRES

1. Comparaison des différentes questions

Dans les tableaux ci-dessous sont représentées les valeurs de la sensibilité, de la spécificité, la valeur prédictive positive VPP et la valeur prédictive négative VPN pour chacune des questions du questionnaire et en fonction du nombre de réponses au questionnaire simple ou au questionnaire SCOFF-F.

Questionnaire simple :

	Question 1	Question 2	Questionnaire : Au moins un "oui"	Questionnaire: Deux "oui"
Sensibilité	50,0 %	42,3 %	62 %	31 %
Spécificité	89,2 %	86,5 %	78 %	97 %
VPP	76,5 %	68,8 %	67 %	89 %
VPN	71,7 %	68,1 %	74 %	67 %

SCOFF-F :

	Question S.1	Question S.2	Question S.3	Question S.4	Question S.5	SCOFF-F au moins 1 réponse positive	SCOFF-F au moins 2 réponses positives	SCOFF-F au moins 3 réponses positives
Sensibilité	26,9 %	61,5 %	30,8 %	76,9 %	42,3 %	96 %	81 %	38 %
Spécificité	75,7 %	100,0 %	78,4 %	86,5 %	86,5 %	86 %	100 %	100 %
VPP	43,8 %	100,0 %	50,0 %	80 %	68,8 %	83 %	100 %	100 %
VPN	59,6 %	78,7 %	61,7 %	84,2 %	68,1 %	97 %	88 %	70 %

On a calculé également ces valeurs pour des tests hybrides qui mélangeaient les 2 types de questionnaires :

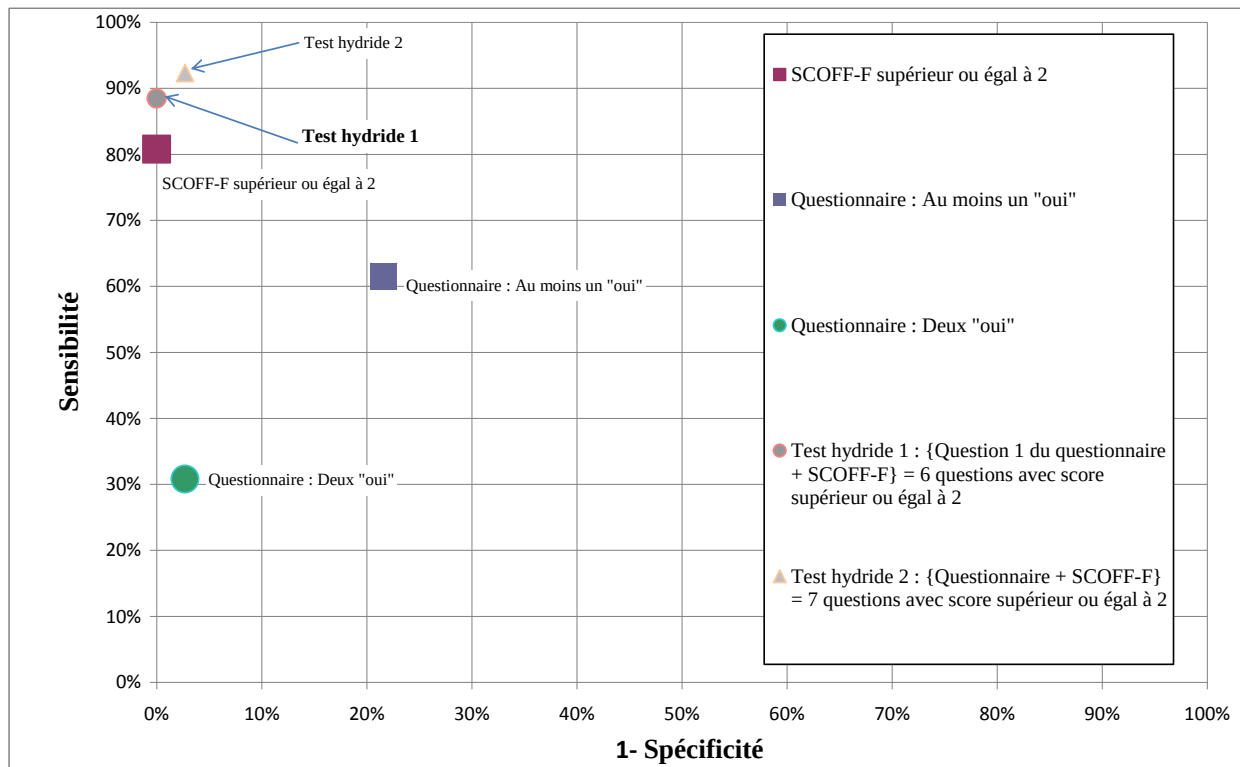
- Soit le test hybride 1 qui inclut la question 1 du questionnaire simple au SCOFF-F
- Soit le test hybride 2 qui inclut le questionnaire simple (les 2 questions) au SCOFF-F.

Test hybride :

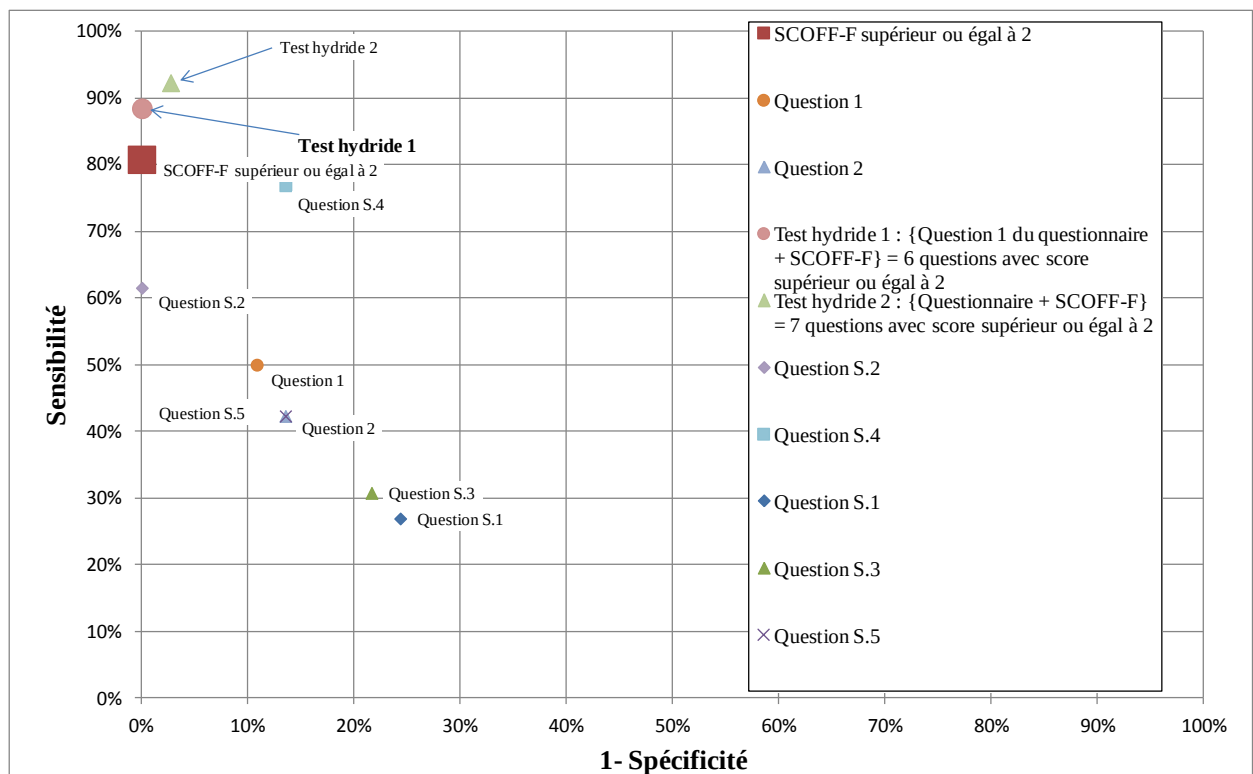
	Test hybride 1 : {Question 1 du questionnaire + SCOFF-F} = 6 questions avec score supérieur ou égal à 2	Test hybride 2 : {Questionnaire + SCOFF-F} = 7 questions avec score supérieur ou égal à 2
Sensibilité	88,5 %	92,3 %
Spécificité	100,0 %	97,3 %
VPP	100,0 %	96 %
VPN	92,5 %	94,7 %

Ci-dessous, sont représentées les courbes ROC des différents questionnaires.

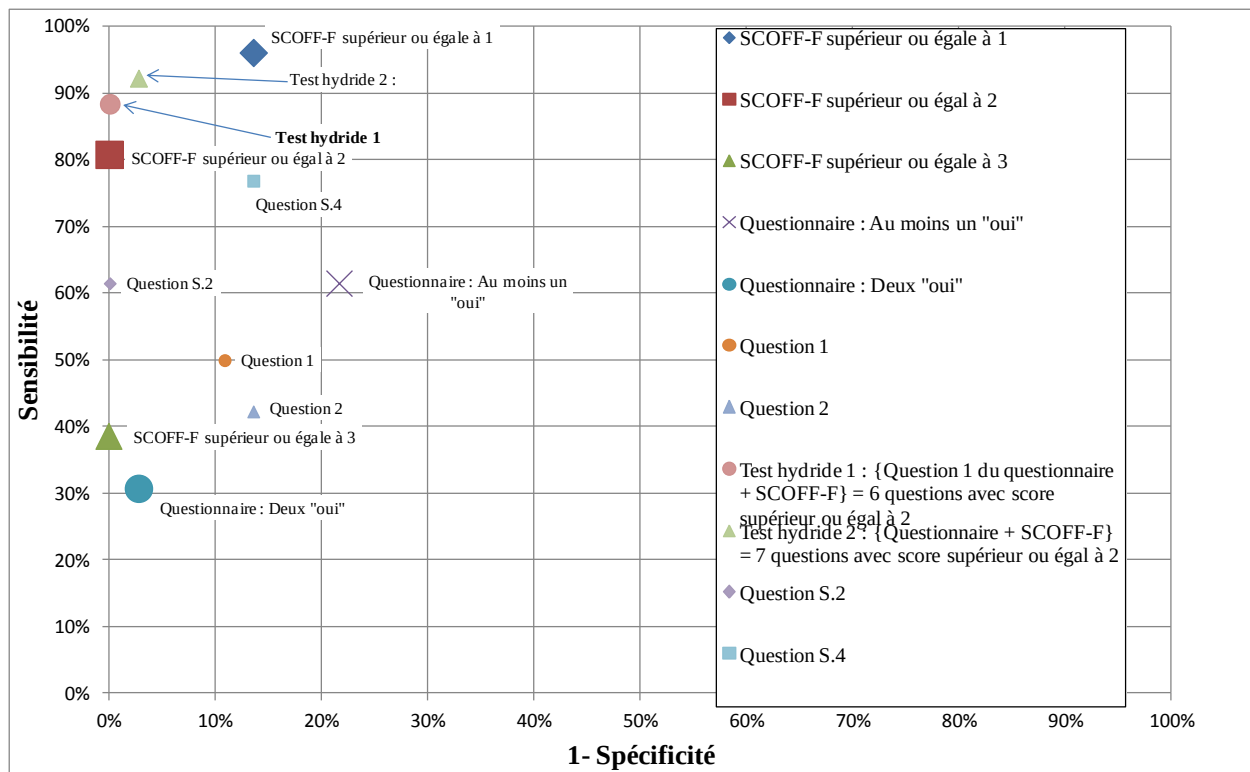
ROC : Comparaison questionnaire simple, SCOFF 2 questions positives, questionnaires hybrides



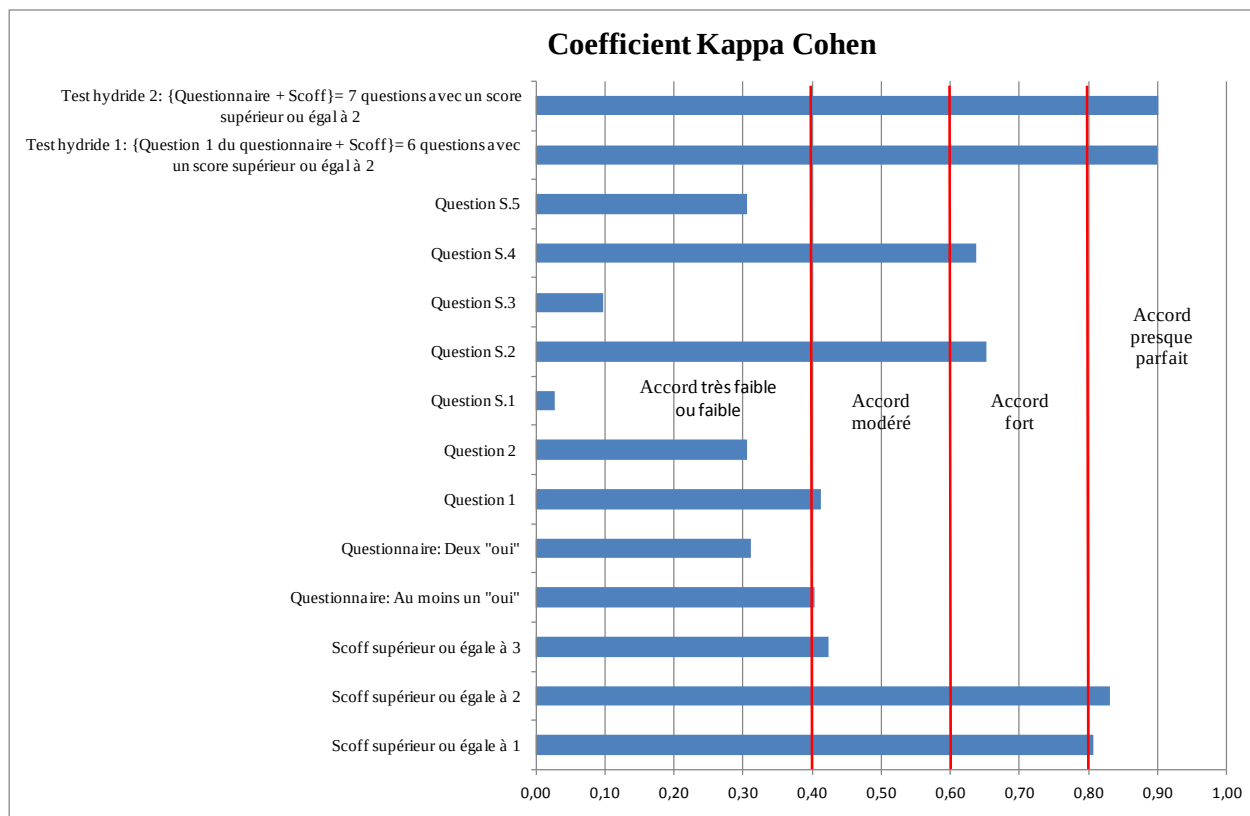
ROC : Comparaison questions individuellement



ROC : Ensemble des résultats



Dans l'histogramme ci-dessous sont indiquées les valeurs du coefficient Kappa-Cohen des différents résultats des questionnaires :



2. Lien entre tentative de suicide et trouble du comportement alimentaire

Parmi les adolescents suicidants ayant un TCA, 30,8 % ont déclaré que leur TS était en lien avec un problème alimentaire, avec un IC 95 % [13,0-48,5 %]. On constate qu'il n'y avait que des filles.

3) Discussion

a. Discussion sur le critère principal : évaluation de la prévalence des TCA chez les adolescents suicidants

Analyse des résultats

Cette étude remplit son objectif principal : elle nous permet de connaître la prévalence de l'ensemble des TCA chez les adolescents suicidants, qui est de 41,3 %, dont 3,2 % d'anorexie mentale, 6,3 % de boulimie, et de 31,7 % pour les troubles du comportement alimentaire non spécifiés EDNOS. Il n'y a pas de comparaison possible dans la population de suicidants. Dans la littérature, aucune étude n'a en effet été retrouvée sur la prévalence des TCA chez les suicidants.

En revanche, la prévalence des TCA est connue dans la population générale. Chez les adolescents, en 2009, Stice a mis en évidence une prévalence vie entière de tous les troubles alimentaires à 12 % avec : 0,6 % pour l'anorexie mentale, 0,6 % pour les formes subsyndromiques d'anorexie mentale, 1,6 % pour la boulimie, 6,1 % pour les formes subsyndromiques de la boulimie, 1,0 % pour l'hyperphagie boulimique, 4,6 % les formes subsyndromiques de l'hyperphagie boulimie, et 4,4 % pour les comportements de purges (25).

Cette étude retrouve une prévalence des TCA (quelque soit le type) chez les adolescents suicidants nettement plus élevée que dans la population générale. Le risque de retrouver un TCA chez les adolescents suicidants est donc plus grand.

Cette étude met en évidence l'intérêt d'informer les médecins généralistes et de les guider dans le diagnostic des TCA chez la population d'adolescents suicidants à prévalence plus élevée que dans la population générale. Ceci n'est actuellement pas mis en place dans les recommandations HAS.

Limites et pistes d'amélioration pour l'étude

Les limites et pistes d'améliorations suivantes ont été identifiées vis-à-vis du calcul de la prévalence de TCA chez les adolescents suicidants :

1. La taille réduite de l'échantillon limite la généralisation des résultats. Dans notre étude, l'intervalle de confiance est élevé mais, malgré ce degré d'incertitude, l'analyse a tout de même permis de mettre en évidence une prévalence des TCA plus élevée que celle de la population générale. Il faudrait un échantillon plus large pour resserrer les intervalles de confiance : pour une prévalence des TCA de 30 à 40 % un échantillon de plus de 300 personnes est nécessaire pour avoir intervalle de confiance à seulement +/- 5 %.
2. Notre étude ne s'est déroulée que dans un seul centre : le CHI de Poissy-Saint-Germain-en-Laye. Il faudrait étendre l'étude sur plusieurs centres de milieux sociaux culturels différents.

3. Il n'y a pas eu de cas contrôle dans cette étude. Il aurait fallu donner le questionnaire à des adolescents (13-18 ans) admis pour un autre motif qu'une tentative de suicide aux urgences pédiatriques du CHI de Poissy-Saint-Germain-en-Lay, afin de connaître la prévalence des TCA chez les adolescents.
4. Des adolescents suicidants n'ont pas été questionnés. Les causes de ces oublis peuvent être multiples : le système de garde de 24 heures où les médecins étaient surchargés de travail, le fonctionnement du week-end où certains médecins n'appartenant pas au service prenaient des gardes et n'étaient pas tous au courant de l'étude, et le changement d'internes à chaque semestre. Les adolescents suicidants qui n'ont pas rempli le questionnaire ont été majoritairement les adolescents qui ont refusé d'être hospitalisé après quelques heures en UHCD, et qui ont été vus par des médecins moins attentifs aux questionnaires à remettre. Il y aurait pu avoir moins d'oublis si j'avais été sur place pour vérifier que les questionnaires étaient bien remis à tous les adolescents suicidants.
5. Il pouvait y avoir un biais de sélection pour quelques cas. L'entourage de l'adolescent pouvait avoir eu connaissance que le CHI de Poissy-Saint-Germain-en-Laye avait un service d'adolescents prenant en charge les TCA. Après analyse des adolescents admis pour une TS, ce biais pourrait concerner 1 adolescente de notre échantillon qui aurait été admise au CHI de Poissy-Saint-Germain-en-Laye au lieu d'un centre à proximité de leur domicile.
6. Après discussion avec le docteur de Tournemire dont le diagnostic servait de référence pour déterminer s'il y avait un TCA, il s'est avéré qu'il ne réalisait pas toujours à son diagnostic à l'aveugle, c'est-à-dire sans avoir connaissance des réponses aux questionnaires. Dans certains cas, il se disait avoir été potentiellement influencé par les réponses aux questionnaires, notamment lorsque toutes les réponses étaient négatives, il ne recherchait alors pas de façon approfondie un TCA.

Discussions spécifiques aux limites du DSM-IV-TR

Le choix de la classification DSM-IV a été prise car cette classification est la plus répandue dans les travaux de recherche sur les TCA. Elle permet donc de comparer plus aisément nos résultats à ceux de la littérature (malgré les problématiques expliquées en 1. ci-dessous). En revanche, il convient de garder à l'esprit les limites suivantes liées à cette classification.

1. La première est liée à l'existence d'autres systèmes de classifications « concurrents » mais non superposables, et au changement périodique des critères (DSM-III puis IV puis IV-TR, puis bientôt DSM-5, CIM 9 puis 10), rendant impossible toute comparaison entre les travaux de recherche et leurs résultats.

2. D'autre part, le DSM-IV-TR, tendance à ne caractériser principalement que les états pathologiques avérés comme l'anorexie mentale et la boulimie. Il laisse de côté les formes subsyndromiques, qui ne répondent pas strictement aux critères de l'anorexie mentale ou de la boulimie, qui sont les troubles alimentaires les plus fréquents dans la population générale et qui entraînent eux aussi une grande souffrance. Ils sont regroupés dans une catégorie diagnostique résiduelle (« troubles des conduites alimentaires non spécifiés » pour le DSM-IV-TR). Les progrès de la recherche clinique de ces troubles sont freinés par ce manque de spécificité.
3. Le DSM-IV-TR n'est que partiellement adapté à l'individualisation des cas masculins, et reste toujours problématique quant à leur possibilité d'identification des troubles alimentaires précoces chez les enfants et les jeunes adolescents. En effet, Nicholls (50), pédopsychiatre à Londres, a évalué la fiabilité des systèmes de classifications en comparant le DSM-IV utilisé dans cette thèse aux classifications CIM 10 et la GOS (Great Ormond Street) criteria (cf. annexe 5). Son étude montrait que la DSM-IV n'était pas la classification la plus adaptée aux jeunes adolescents (7 – 16 ans). Il serait donc envisageable de fiabiliser les travaux de la thèse en utilisant la classification GOS plutôt que la DSM-IV comme cas de référence.
4. La revue Prescrire dénonce le manque de rigueur et l'arbitraire des rédactions des DSM, alors qu'il s'agit du manuel de « référence » de l'Association américaine de psychiatrie pour le diagnostic et la recherche en psychiatrie. Christopher Lane, professeur de littérature et d'histoire intellectuelle, retrace l'histoire du DSM grâce à des archives de l'Association américaine de psychiatrie et des interviews qu'il a menées auprès des principaux acteurs de l'évolution du DSM (51). Il décrit la manière inconsidérée et incohérente dont les nouveaux troubles mentaux ont été officiellement reconnus. L'un des participants du groupe de travail DSM-III a déclaré au magazine The New Yorker (janvier 2003) : « il y avait très peu de recherche méthodique dans ce que nous faisons, et une grande partie de la recherche menée, n'était en réalité qu'un méli-mélo de données disparates, incohérentes et ambiguës. La plupart d'entre nous étaient bien conscients que nos décisions reposaient sur très peu d'informations scientifiques solides et réellement validées » (52). Le pédopsychiatre français, Maurice Corcos, a également critiqué cette classification (53).
5. En 2006, Cosgrove, professeur en psychologie, dénonce les conflits d'intérêts de certains membres du groupe du DSM (chargés d'élaborer et de modifier les critères diagnostiques de la maladie mentale) qui ont eu des liens financiers avec l'industrie pharmaceutique. Parmi les membres du groupe DSM, 56 % ont eu une ou plusieurs associations financières avec des entreprises de l'industrie pharmaceutique (54). Les compagnies pharmaceutiques ont un intérêt direct sur la détermination des troubles mentaux intégrés dans le DSM, où le traitement principal est les médicaments. A noter que le DSM est utilisé par les agences gouvernementales et par les professionnels de santé mentale qui attribuent des codes diagnostiques qui permettent leur utilisation pour le remboursement des patients et facturer les assurances.

b. Discussion sur les critères secondaires : choix des questionnaires

Résultats du questionnaire simple vis-à-vis du SCOFF-F

Les résultats du questionnaire simple (questions de l'HAS) et du SCOFF-F dans le dépistage des troubles du comportement alimentaire chez les adolescents suicidants ont été comparés en termes de sensibilité (Se), de spécificité (Sp), de valeur prédictive positive (VPP) et de valeur prédictive négative (VPN).

En général, les instruments de dépistage doivent avoir une très haute sensibilité pour récolter autant de cas réels que possible. Mais le coût de la sensibilité croissante réduit la spécificité, et augmente le nombre de faux positifs. Il faut donc trouver le juste équilibre. Compte tenu du taux de morbidité des troubles du comportement alimentaire, la maximisation de la sensibilité a été considérée comme une priorité. Le meilleur test de dépistage est celui qui aura une meilleure sensibilité.

Alors que le questionnaire simple avec une réponse positive est caractérisé par les score de $Se=0.62$, $Sp=0.78$, $VPP=0.67$, $VPN=0.74$, celui avec deux réponses positives conduit à une chute élevée de la sensibilité avec $Se=0.31$, $Sp=0.97$, $VPP=0.89$, $VPN=0.67$.

Les résultats du SCOFF-F avec au moins une réponse positive sont de $Se=0.96$, $Sp=0.86$, $VPP=0.83$, $VPN=0.97$, et avec au moins deux réponses positives de $Se=0.81$, $Sp=1$, $VPP=1$, $VPN=0.88$.

Le SCOFF-F montre de meilleurs résultats que le questionnaire simple, quelque soit le nombre de réponse positive. Le questionnaire simple de deux questions préconisées par l'HAS ne semble pas adapté ici pour le dépistage des TCA.

La sensibilité, la spécificité et la valeur prédictive positive du SCOFF-F sont plus élevées dans notre étude que celles rapportées dans les autres travaux. Chez des adolescents : dans l'étude de Rueda Jaimes (55) chez des adolescents colombiens de 10 à 19 ans, les valeurs sont $Se=0.82$, $Sp=0.79$, $VPP=0.62$, dans l'étude de Muros-Sans (29) chez des adolescents espagnols de 10,9 ans à 17,3 ans, les valeurs sont $Se=0.76$, $Sp=0.97$. Chez les adultes : dans l'étude de Luck (2002) (17) dans un échantillon de femmes en soins primaires au Royaume-Uni, les valeurs sont de $Se=0.85$, $Sp=0.89$, $VPP=0.24$, dans l'étude de Cotton (2003) (56) dans un échantillon en soins primaires et chez les étudiants au Royaume-Uni, les valeurs sont de $Se=0.78$, $Sp=0.88$, $VPP=0.48$ et dans l'étude de Mond (2008) (57) les valeurs sont de $Se=0.72$, $Sp=0.73$, et $VPP=0.35$. Dans ces études, la VPP est faible en raison d'une plus faible prévalence des TCA que dans notre étude. La faible VPP reflète, en partie, la difficulté inhérente du dépistage des troubles psychiatriques en milieu non clinique, où les taux de base sont faibles. Pour les troubles avec une prévalence de moins de 10 %, la VPP peut être inférieure à 0.5, même lorsque la sensibilité et la spécificité sont proches de la perfection (Williams, Hand, et Tarnopolsky (58)).

Dans notre étude, en privilégiant la sensibilité sur la spécificité, le SCOFF avec au moins une réponse positive permet de mieux dépister les TCA qu'avec au moins deux réponses positives. Il convient cependant de nuancer cette conclusion du fait de l'incertitude liée à l'échantillon limité et du fait de l'écart faible entre les deux résultats.

Comparaison tests hybrides/SCOFF-F

Nous avons essayé de voir si un questionnaire hybride entre le SCOFF-F et le questionnaire simple de deux questions serait plus adapté pour le dépistage des TCA que le SCOFF-F « classique » (test positif si au moins deux questions sur cinq positives).

Le test hybride 1 consiste à ajouter la question 1 du questionnaire simple « Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème avec votre alimentation ? » au SCOFF-F. Le test est considéré positif si les 6 questions conduisent à un score supérieur ou égal à 2. Ce test permet d'augmenter la sensibilité du SCOFF-F (plus 7,5 %) sans nuire à la spécificité (toujours égale à 100 %). Ce questionnaire hybride améliore aussi le coefficient de Kappa-Cohen, qui passe d'un coefficient de 0,83 à 0,90.

De nombreux autres tests hybrides ont été testés, parmi lesquels le test hybride 2. Il consiste à ajouter le questionnaire simple (les deux questions) au SCOFF-F et est considéré positif si les 7 questions conduisent à un score supérieur ou égal à 2. Ce test permet d'augmenter la sensibilité du SCOFF-F (plus 11,3 %) sans trop nuire à la spécificité (moins 2,7 %). Le coefficient de Kappa-Cohen augmente de 0,83 à 0,90.

Les deux tests hybrides sont prometteurs, ils proposent une amélioration notable par rapport au SCOFF-F. Ils augmentent tous les deux la sensibilité par rapport au SCOFF-F avec au moins 2 réponses positives. Ce gain supérieur en sensibilité pour le test hybride 2 par rapport au test hybride 1, se fait cependant au faible détriment de la sensibilité. Etant donné l'échantillon considéré, il est difficile de privilégier l'un des deux tests hybrides qui donnent des résultats très satisfaisants par rapport au SCOFF-F. Les différences entre les deux tests hybrides sont plus faibles que l'incertitude à ce stade de l'analyse. Il faudrait poursuivre l'étude dans un échantillon plus grand et plus diversifié. On peut toutefois noter l'intérêt du test hybride 1 qui comporte une question en moins.

D'une manière générale, l'étude montre que les tests hybrides et le SCOFF-F peuvent être utilisés comme instruments de dépistage, du fait de leur bonne sensibilité et spécificité. En outre, la valeur prédictive négative élevée dans cette étude est rassurante, car l'un des objectifs d'un test de dépistage est d'écarter correctement les patients qui n'ont pas de TCA.

Analyse des questions séparément

Dans le cadre des soins primaires, des questions sont posées dans le seul but de confirmer une suspicion préexistante. Pour le dépistage de routine dans les milieux médicaux, ou d'autres situations dans lesquelles la concision / facilité d'administration sont prioritaires, une question simple peut être préférable.

Le SCOFF-F ou les questionnaires hybrides étudiés dans cette thèse se composent de 5 à 7 questions et sont donc difficiles à retenir par un médecin généraliste dans le cadre d'une consultation classique. La pertinence et fiabilité des questions de chacun des questionnaires mais prises séparément ont été analysées afin de faire ressortir une ou deux questions qui permettraient à elles seules de réaliser un diagnostic préliminaire précis.

En cas de diagnostic rapide positif, le SCOFF-F ou un test hybride (SCOFF-F + 1 question simple) pourra ensuite être complété par le patient seul ou dans le cadre d'une analyse plus détaillée par le praticien. En fin de compte, si un trouble de l'alimentation est suspecté, l'orientation vers un spécialiste des TCA devra être prise en considération si le médecin généraliste n'est pas sûr du diagnostic.

L'analyse des chacune des questions séparées fait apparaître que poser simplement la question S.4 du SCOFF-F (« Pensez-vous que vous êtes gros (se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ? ») permet un diagnostic préliminaire précis avec $Se=0.769$, $Sp=0.865$, $VPP=0.80$, $VPN=0.842$. En effet, ajouter les quatre questions supplémentaires du SCOFF-F ne permettra d'augmenter la sensibilité que de seulement 4,1 % et la spécificité de 13,5%.

La question S.2 (« Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ? ») conduit également à des diagnostics relativement précis avec $Se=0.615$, $Sp=1$, $VPP=1$, $VPN=0.787$.

Les autres questions ont une sensibilité et une spécificité médiocres.

Cette analyse met en évidence l'intérêt pour un médecin généraliste de poser l'une des deux questions rapides et simples à se rappeler :

- Pensez-vous que vous êtes gros (se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
- Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?

Mais il est difficile pour un médecin généraliste d'aborder le sujet des troubles du comportement alimentaire avec un adolescent en consultation. Des questionnaires de pré-consultation pourraient être rempli par tous les adolescents avant la consultation, quel qu'en soit le motif. Cela permettrait d'aider les médecins à aborder le sujet des TCA et à dépister d'autres signes de mal être. Dans les questionnaires de pré-consultation qui existent déjà, on retrouve la même préoccupation sur le poids : « je me sens trop gros/trop grosse » dans le questionnaire de Bicêtre (cf. annexe 3) et « je suis satisfaite de mon poids » dans le questionnaire d'amorce de dialogue entre le professionnel de santé et l'adolescent (cf. annexe 6).

En ville, les consultations des médecins généralistes durent en moyenne entre 15 et 20 minutes. Il est donc délicat et compliqué de parler du sujet des TCA après l'avoir dépister dans une même consultation. Il serait donc judicieux de proposer à l'adolescent une autre consultation plus longue pour développer le sujet de TCA et traiter sa maladie.

Limites et pistes d'amélioration pour l'étude

Les limites et pistes d'améliorations suivantes ont été identifiées pour l'analyse des questionnaires :

1. Les limites liées à la taille réduite de l'échantillon et le manque de représentativité globale de la population (un seul centre pour l'étude) sont valables également pour cette partie de l'étude. Les détails sont donnés avec les limites liées au calcul de la prévalence.

2. Les résultats des questionnaires SCOFF-F ou hydride n'atteignent pas 100 % de sensibilité. Les faux négatifs des questionnaires sont liés à une non divulgation des patients de leurs troubles alimentaires ou à un déni de leur maladie. Ceci montre les limites d'une approche fondée sur l'usage de questionnaire : la consultation avec un médecin spécialiste semble nécessaire si la suspicion reste forte malgré un test négatif. Les personnes ayant un TCA ont en effet tendance à cacher leurs troubles ou ont un déni de leur maladie, et sont souvent réticentes à divulguer des informations (59). Comme Becker l'a démontré, seulement la moitié des patients atteints de TCA signalait spontanément leurs symptômes à un médecin ou un professionnel de la santé (60). Cependant, parmi les patients qui n'avaient pas spontanément fourni d'informations sur leurs habitudes alimentaires, la plupart d'entre eux auraient communiqué des informations si un professionnel de la santé le leur avait demandé.
3. Le test SCOFF-F était initialement développé et validé pour une utilisation orale. L'étude réalisée dans cette thèse a utilisé ce questionnaire sous une forme écrite. Cependant, Hill (2010) a démontré que cet usage écrit n'apporte pas de biais aux résultats. Il a montré une bonne fiabilité lorsque le questionnaire a été transmis sous forme orale ou écrite.
4. Il faut garder en mémoire, que la comparaison des valeurs de la sensibilité, de la spécificité et de la valeur prédictive du SCOFF-F de notre étude et des travaux antérieurs a été faite dans des populations différentes. Le SCOFF-F a été testé dans différents échantillons : en Colombie et en Espagne dans une tranche d'âge (respectivement 10-19 ans et 10,9-17,3 ans) différente de celle de notre étude (13-18 ans), au Royaume-Uni sur les jeunes femmes ou dans une population étudiante, et chez des femmes en population en soins primaires à partir de deux grands cabinets de médecine générale.

Discussion sur le critère secondaire : lien TCA et TS

30,8 % des adolescents ayant un TCA ont déclaré que leur TS était en lien avec un problème alimentaire, soit 12,7 % des adolescents suicidants ayant remplis le questionnaire. Aucun résultat équivalent n'a été trouvé dans la littérature et les résultats de la thèse n'ont donc pas été confrontés à d'autres études. Ce pourcentage élevé nous a surpris et mériterait d'être mieux exploré.

Cette thèse s'est avant tout concentrée sur les deux objectifs décrits ci-dessus : la prévalence des TCA chez les suicidants et la fiabilité des questionnaires. Il faudrait poursuivre ce travail de lien entre TCA et TS :

- Lien entre TCA et impulsivité. TCA facteur déclenchant de la TS (après une crise de boulimie par exemple)
- Lien entre TCA et dépression.

CONCLUSION

Cette première observation, sur un site, a montré que la prévalence des TCA est plus importante chez les adolescents suicidants que dans la population générale. Elle montre aussi que le SCOFF-F est un outil de dépistage pour les TCA plus efficace dans la pratique chez les adolescents que le questionnaire simple (fait de deux questions) cité par HAS. Ceci demande à être confirmé par d'autres études à plus grand échelle.

Les adolescents sont suivis très majoritairement par des médecins généralistes qui sont peu formés sur le dépistage des TCA. Un outil de dépistage est donc bienvenu. Il s'avère important de fournir aux médecins généralistes qui ne sont pas des spécialistes des TCA, un outil adapté de dépistage des TCA, court et facilement mémorisable.

Sur le plan pratique, une question simple est brève et facile à administrer. Les médecins généralistes pourraient poser une seule question « pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ? » pour amorcer la discussion entre les professionnels de la santé et les patients sur le comportement alimentaire. Si la réponse à cette question est positive, il pourrait continuer le SCOFF-F en entier et rajouter la question « avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème avec votre alimentation ? ». Ce questionnaire hybride (SCOFF-F associé d'une question simple) a conduit à des meilleurs résultats de dépistage que le SCOFF-F seulement.

Si lors d'une consultation un TCA est dépisté, il faut rechercher d'autres signes de mal-être. Pour des raisons de simplification, des questionnaires de pré-consultation sont proposés (34) pour permettre d'aider les médecins à entrer en relation avec les adolescents. Il existe déjà le questionnaire de pré-consultation de Bicêtre (cf. annexe 3) et le questionnaire d'amorce de dialogue entre le professionnel de santé et l'adolescent (cf. annexe 6), qui explorent les comportements alimentaires et les préoccupations sur l'image corporelle.

Le SCOFF-F et une question simple peuvent faciliter la reconnaissance précoce et le début de prise en charge des TCA chez les adolescents. Ceci permettrait d'améliorer le pronostic. D'autres études seront nécessaires pour conforter la validité et la fiabilité de ces résultats.

Par la suite, si des études à plus grandes échelles confirment ces résultats, il est souhaitable de proposer à l'HAS d'intégrer ce dépistage dans ces recommandations, voire de le proposer à d'autres pays utilisant déjà le SCOFF-F (Royaume-Uni-NICE, Espagne etc...).

ABRÉVIATIONS

AFDAS-TCA : Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire

AM : Anorexie Mentale

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé

BED : Binge Eating Disorder : Hyperphagie boulimique

CHI : Centre Hospitalier Intercommunal

CIM : Classification Internationale des Maladies

DSM-IV-TR : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition : diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition, texte révisé

EDNOS : Eating Disorder Not Otherwise Specified : Troubles du Comportement Alimentaire Non Spécifiés (TCANS)

GAPS : Guidelines for Adolescent Preventive Services of American Medical Association

GOS : Great Ormond Street

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RBP : Recommandation de Bonne Pratique

Se : Sensibilité

SCOFF : Sick, Control, One stone, Fat, Food

SCOFF-F : DFTCA : définition française des troubles du comportement alimentaire, traduction française validée du SCOFF

Sp : Spécificité

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

TS : Tentative de Suicide

VPN : Valeur Prédictive Négative

VPP : Valeur Prédictive Positive

BIBLIOGRAPHIE

1. François Beck Philippe Guilbert Arnaud Gautier. Baromètre Santé 2005. Attitudes et Comportement de Santé. INPES [Internet]. 2005. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf>
2. Stéphane Legleye Stanislas Spilka Olivier Le Nézet Christine Hassler Marie Choquet. OFDT. Alcool, tabac et cannabis à 16 ans - Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2007 [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxslp1.pdf>
3. Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. Clin Psychol Rev. 2006;26(6):769-782.
4. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. Int J Eat Disord. 2003;34(4):383-396.
5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Recommandations pour la pratique. 1998.
6. OMS. Prévention du suicide : indications pour les médecins généralistes. [Internet]. 2001. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/media/en/57.pdf
7. Guilbert P, Choquet M. Conduites alimentaires perturbées et pensées suicidaires chez les adolescents : résultats d'une enquête nationale par téléphone. 2001;13(2):113-123.
8. INPES et ministère de la santé et des sports. Entre Nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf>
9. AMA. American Medical Association. Guidelines for Adolescent Preventive Services [Internet]. 1994. Disponible sur: <http://www.ama-assn.org/resources/doc/ad-hlth/periodic.pdf>
10. Ogg EC, Millar HR, Pusztai EE, Thom AS. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. Int J Eat Disord. 1997;22(1):89-93.
11. Jarman FC, Rickards WS, Hudson IL. Late adolescent outcome of early onset anorexia nervosa. J Paediatr Child Health. 1991;27(4):221-227.
12. Haute Autorité de Santé (HAS). Anorexie mentale : prise en charge. Recommandations de bonne pratique. 2010.
13. American psychiatric association. DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4ème édition, texte révisé. Masson;
14. OMS. Classification Internationale des Maladies, dixième édition. CIM-10/ICD-10. Chapitre V (F) : Troubles Mentaux et Troubles du Comportement. MASSON.
15. Pr R. Mises et Dr N. Quemada. Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent-R-2000. CTNERHI, 2ème édition.

16. BODYMATTERS. DSM-V proposed diagnostic criteria for eating disorders [Internet]. Disponible sur: <http://bodymatters.com.au/wp-content/uploads/2010/11/DSM-VproposalsED.pdf>
17. Luck AJ, Morgan JF, Reid F, O'Brien A, Brunton J, Price C, et al. The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. *BMJ*. 2002;325(7367):755-756.
18. INSERM. Anorexie [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/anorexie>
19. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol. Psychiatry*. 2007;61(3):348-358.
20. Preti A, Girolamo G de, Vilagut G, Alonso J, Graaf R de, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res*. 2009;43(14):1125-1132.
21. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2011;68(7):714-723.
22. Fairburn CG, Beglin SJ. Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1990;147(4):401-408.
23. Thomas JJ, Vartanian LR, Brownell KD. The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: meta-analysis and implications for DSM. *Psychol Bull*. 2009;135(3):407-433.
24. Machado PPP, Machado BC, Gonçalves S, Hoek HW. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord*. 2007;40(3):212-217.
25. Stice E, Marti CN, Shaw H, Jaconis M. An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *J Abnorm Psychol*. 2009;118(3):587-597.
26. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, Incidence, Impairment, and Course of the Proposed DSM-5 Eating Disorder Diagnoses in an 8-Year Prospective Community Study of Young Women. *J Abnorm Psychol*. 2012.
27. National Institute for Clinical Excellence. Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating disorders. London: National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline 9; 2004.
28. American Medical Association AMA. Disponible sur: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/2012-04-18-eating-disorders-online-training-module.page>
29. Muro-Sans P, Amador-Campos JA, Morgan JF. The SCOFF-c: psychometric properties of the Catalan version in a Spanish adolescent sample. *J Psychosom Res*. 2008;64(1):81-86.
30. Hill LS, Reid F, Morgan JF, Lacey JH. SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *Int J Eat Disord*. 2010;43(4):344-351.

31. De Tournemire R. Teenagers' suicides and suicide attempts: finding one's way in epidemiologic data. *Arch Pediatr*. 2010;17(8):1202-1209.
32. OMS. Les problèmes de santé des adolescents Rapport d'un comité d'experts, OMS Ser. Rapp.Techn. 1965 n° 308.
33. Circulaire de la DGS/DH du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents. DGS/DH - 132 /2B.
34. De Tournemire R. L'adolescent en consultation. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pédiatrie, 4-001-C15. 2010;
35. Deschamps JP, Sturel-Lartigue A, Ducas J, Deifts C, Aubrège A, Mazet-Berkrouber H, et al. Adolescent medicine in private practice. *Arch. Fr. Pediatr*. 1982;39(6):399-403.
36. Currin L, Waller G, Treasure J, Nodder J, Stone C, Yeomans M, et al. The use of guidelines for dissemination of « best practice » in primary care of patients with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2007;40(5):476-479.
37. Treasure JL, Troop NA, Ward A. An approach to planning services for bulimia nervosa. *Br J Psychiatry*. 1996;169(5):551-554.
38. Department of Health. Women's Mental Health: Into the M8. National Institute for Clinical Excellence. Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating disorders. London: National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline 9; 2004.
39. Johnson JG, Spitzer RL, Williams JB. Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychol Med*. 2001;31(8):1455-1466.
40. Eating Disorders Association. 'Getting Better?' Is the Quality of Treatment for Eating Disorders in the UK Getting Better? Norwich. 2005.
41. Hall A, Slim E, Hawker F, Salmond C. Anorexia nervosa: long-term outcome in 50 female patients. *Br J Psychiatry*. 1984;145:407-413.
42. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders. *West. J. Med*. 2000;172(3):164-165.
43. Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res*. 2005;59(2):51-55.
44. Perry L, Morgan J, Reid F, Brunton J, O'Brien A, Luck A, et al. Screening for symptoms of eating disorders: reliability of the SCOFF screening tool with written compared to oral delivery. *Int J Eat Disord*. 2002;32(4):466-472.
45. Expertise Collective. Troubles mentaux/Depitage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Trouble des Conduites alimentaires. Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale; 2002.
46. Herpertz-Dahlmann B, Wille N, Hölling H, Vloet TD, Ravens-Sieberer U. Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17 Suppl 1:82-91.

47. Kaluski DN, Natamba BK, Goldsmith R, Shimony T, Berry EM. Determinants of disordered eating behaviors among Israeli adolescent girls. *Eat Disord.* 2008;16(2):146-159.
48. Lähteenmäki S, Aalto-Setälä T, Suokas JT, Saarni SE, Perälä J, Saarni SI, et al. Validation of the Finnish version of the SCOFF questionnaire among young adults aged 20 to 35 years. *BMC Psychiatry.* 2009;9:5.
49. Garcia FD, Grigioni S, Chelali S, Meyrignac G, Thibaut F, Dechelotte P. Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *World J. Biol. Psychiatry.* 2010;11(7):888-893.
50. Nicholls D, Chater R, Lask B. Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disord.* 2000;28(3):317-324.
51. Lane C. Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions. Flammarion. Paris; 2009.
52. Lane C. Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions. *La revue Prescrire;* 2011(Tome 31 N°333):552-553.
53. Corcos M. L'homme selon le DSM. Le nouvel ordre psychiatrique. Albin Michel.
54. Cosgrove L, Krimsky S, Vijayaraghavan M, Schneider L. Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychother Psychosom.* 2006;75(3):154-160.
55. Rueda GE, Díaz LA, Campo A, Barros JA, Avila GC, Oróstegui LT, et al. Validation of the SCOFF questionnaire for screening of eating disorders in university women. *Biomedica.* 2005;25(2):196-202.
56. Cotton M-A, Ball C, Robinson P. Four simple questions can help screen for eating disorders. *J Gen Intern Med.* 2003;18(1):53-56.
57. Mond JM, Myers TC, Crosby RD, Hay PJ, Rodgers B, Morgan JF, et al. Screening for eating disorders in primary care: EDE-Q versus SCOFF. *Behav Res Ther.* 2008;46(5):612-622.
58. Williams P, Hand D, Tarnopolsky A. The problem of screening for uncommon disorders - a comment on the Eating Attitudes Test. *Psychol Med.* 1982;12(2):431-434.
59. Kendrick T, Tylee A, Freeling P, Raphael F. The prevention of eating disorders. In: Kendrick T, Tylee A, Freeling P, editors. *The Prevention of Mental Illness in Primary Care.* Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
60. Becker AE, Thomas JJ, Franko DL, Herzog DB. Disclosure patterns of eating and weight concerns to clinicians, educational professionals, family, and peers. *Int J Eat Disord.* 2005;38(1):18-23.

ANNEXES

Annexe 1. QUESTIONNAIRE

Entourer la réponse.

Mettre initiales du nom puis du prénom, votre sexe, la date de naissance et la date de remplissage du questionnaire :

Q.1 Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème avec votre alimentation ?

OUI

NON

Q.2 Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ?

OUI

NON

Questionnaire SCOFF-F :

1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?

OUI

NON

2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?

OUI

NON

3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?

OUI

NON

4. Pensez-vous que vous êtes gros (se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?

OUI

NON

5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

OUI

NON

Est-ce que votre tentative de suicide actuelle est en lien avec un problème alimentaire ?

OUI

NON

Classification DSM-IV-TR (à remplir par un médecin spécialisé dans les TCA) :

- **Anorexie mentale**
- **Boulimie**
- **Troubles des conduites alimentaires non spécifiques**
- **Pas de troubles du comportement alimentaire**

Annexe 2. FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Mademoiselle, Madame, Monsieur,

Nous réalisons actuellement dans le service des Urgences Pédiatriques de Poissy une étude afin d'évaluer **la présence éventuelle de troubles du comportement alimentaire chez les adolescents qui ont réalisé une tentative de suicide**.

Dans les recommandations françaises (ANAES), il n'est pas mentionné la recherche des troubles du comportement alimentaire dans les éléments à analyser lors d'une tentative de suicide. Le but de notre étude est de **montrer qu'il existe un risque accru de troubles du comportement alimentaire chez les adolescents qui ont réalisé une tentative de suicide et que la tentative de suicide est parfois la conséquence des troubles du comportement alimentaire**. Les médecins généralistes étant peu formés au repérage des troubles du comportement alimentaire, la connaissance d'une relation entre tentatives de suicides ou idées suicidaires et conduites alimentaires perturbées encouragerait les professionnels de santé à prolonger le dialogue plus précisément vers la recherche de troubles alimentaires lorsqu'ils repèrent des comportements suicidaires.

Si vous acceptez de participer à notre étude, votre enfant devra **répondre à un questionnaire** et sera évalué lors d'un **entretien avec un médecin** spécialisé.

Les informations liées au questionnaire sont **confidentielles** et couvertes par le secret médical. A aucun moment, les données personnelles qui y figurent n'apparaîtront lors de la publication des résultats des travaux de recherche.

Les données médicales associées au questionnaire seront réunies sur un fichier informatique permettant leur traitement automatisé dans le cadre des recherches. Ce fichier est hautement sécurisé. Vous disposez à cet égard d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, conformément à la loi.

Vous pouvez, à tout moment, revenir sur votre décision et demander que les informations du questionnaire ne soient pas utilisées, en nous le faisant connaître par tout moyen (oralement, par écrit, par téléphone, par mail....)

Nous vous remercions de votre participation.

Mme, Mr :

Mère ou père de :

Autorise mon enfant à participer à l'étude ci-dessus mentionnée.

A Poissy, le/...../.....

(Signatures de l'enfant et du parent, précédées de la mention lu et approuvé)

Cadre réservé au service médical

Nom – Prénom :

Date de délivrance de l'information et de l'accord de participation : I__I__I / I__I__I /
I__I__I__I

Nom – Prénom et **Signature** du médecin ayant procédé à l'information complète du patient et ayant obtenu son accord :

Annexe 3. Questionnaire de pré-consultation de Bicêtre du Pr P. Alvin (CHU de Bicêtre, Service de médecine pour adolescent)

A l'hôpital Bicêtre, depuis les débuts du service de médecine pour adolescents (en 1982) et dans le cadre de sa consultation médicale polyvalente pour adolescents, un questionnaire est proposé systématiquement et avec satisfaction à tous les nouveaux consultants, quel que soit leur motif de consultation (il est également administré, cette fois en hétéro-questionnaire et par l'équipe infirmière, à tous les adolescents nouvellement hospitalisés). Cet instrument explore les habitudes générales, les consommations, les symptômes flous, les préoccupations sur la croissance et l'image corporelle, les relations avec les parents, la scolarité, l'amitié et la sexualité, les idées suicidaires. Il est le même pour tous les patients, que ceux-ci aient 13 ou 19 ans, qu'ils soient fille ou garçon, qu'ils se présentent pour maladie sévère, symptômes flous, difficultés en famille, ou pour toute autre raison.

Les principaux avantages d'un questionnaire confidentiel de pré-consultation sont les suivants :

- il rassure d'emblée, par sa nature confidentielle, sur l'intention du médecin de respecter le droit de l'adolescent au secret professionnel ;
- il permet à l'adolescent de se faire immédiatement une idée de la disposition du médecin face à un inventaire assez large des besoins ou préoccupations de santé possibles ;
- il indique, par le choix des questions, la position d'anticipation du médecin et la valeur qu'il accorde *a priori* à certaines préoccupations familiales à beaucoup d'adolescents ;
- il représente un outil de médiation implicite permettant à l'adolescent de prendre d'emblée et sans trop de risques une part autonome et active dans le processus de la consultation tout en y laissant sa trace, et au médecin de gagner du temps tout en ayant la possibilité de relancer ou d'approfondir telle ou telle réponse.

Ce questionnaire de pré-consultation du Pr P. Alvin se conçoit comme le préambule d'une consultation complète, à un moment de laquelle il sera repris par le médecin, discute avec l'adolescent puis conserve dans le dossier de façon confidentielle.

Voici un questionnaire confidentiel. Remplis-le et donne-le au médecin qui va te voir. Tu n'es pas forcé de répondre à toutes les questions, mais tes réponses (« oui » ou « non ») permettront de gagner du temps et de mieux t'aider.

1. Est-ce que tu prends des médicaments en ce moment ?
2. Est-ce que tu as un « régime alimentaire » particulier ?
3. Est-ce que tu sautes souvent un repas ?
4. Est-ce que tu fumes ?
5. Aimerais-tu pouvoir diminuer ou arrêter ?
6. As-tu déjà fumé de l'herbe ou du hash ?
7. Est-ce que tu bois parfois de la bière, du vin ou d'autres alcools ?
8. Si oui, plusieurs fois par jour ?
9. En scooter ou en moto, tu portes ton casque tout le temps ?
10. En voiture, tu portes une ceinture tout le temps ?

D'autres adolescents comme toi parlent souvent de certains problèmes. En voici quelques-uns (ici aussi, réponds par « oui » ou « non »).

11. J'ai du mal à m'endormir.
12. Je me réveille souvent la nuit.
13. Je suis assez fatigué(e) pendant la journée.
14. Il m'arrive encore de faire pipi au lit.
15. J'ai souvent mal à la tête.
16. J'ai souvent mal au ventre.
17. J'ai parfois l'impression que je vais m'évanouir.
18. J'ai souvent des douleurs aux jambes.
19. J'ai des règles douloureuses.
20. J'ai l'impression que mes seins sont trop petits/trop gros.
21. Ma sante m'inquiète.
22. Je me sens trop maigre.
23. Je me sens trop gros/trop grosse.
24. Je me sens trop petit/trop petite.
25. Je me sens trop grand/trop grande.
26. Je pense que mes parents s'entendent bien.
27. Mes parents ne s'entendent pas et ça m'inquiète.
28. J'aimerais bien changer mes relations avec mes parents.
29. Dans ma famille, il y a quelqu'un dont la santé m'inquiète.
30. L'école, c'est un problème pour moi.
31. Depuis quelques temps, ça marche moins bien à l'école.
32. Je sais ce que j'ai envie de faire plus tard.
33. J'ai peur de devenir enceinte.
34. J'ai peur de rendre une fille enceinte.
35. J'ai peur de ne pas pouvoir avoir un enfant un jour.
36. Sais-tu ce qu'est la contraception ?
37. Sais-tu ce qu'est une maladie sexuellement transmissible ?
38. Parles-tu parfois de sexualité avec tes parents ?
39. As-tu un meilleur ami (ou une meilleure amie) avec qui tu peux parler de tout ?
40. Est-ce que tu connais quelqu'un qui pensait à mourir parce qu'il (ou elle) était très triste ?
41. Est-ce que cela t'arrive parfois, à toi aussi ?
42. Si tu veux, tu peux écrire ici d'autres choses ou d'autres questions que tu as en tête.
43. As-tu d'autres problèmes personnels que tu ne préfères pas écrire ?

Annexe 4. COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES D'ILE DE FRANCE

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES - Ile de France 1

CPP ILE DE France I – responsable administrative : Hélène de Crécy
Hôtel-Dieu - 1, Place du Parvis Notre-Dame - 75181 PARIS cedex 04
Tél. : 01 42 34 80 52 – Port. 06 63 34 80 52 - Fax : 01 42 34 86 11 - E-Mail : cppedefrance1@orange.fr - E-Mail : ccp.prb@htd.aphp.fr

Dr DE TOURNEMIRE Renaud
Service pédiatrique du Dr ARMENGAUD,
Hôpital de Poissy
10, rue champ Gaillard
78300 Poissy

Tél. : 01 39 27 57 41 /
Port. : 06 20 62 70 58
Email : rdetournemire@chi-psg.com
01 39 27 57 04

Copie de ce courrier à :
Mlle NGUYEN Kim Xuan
NGUYEN Kim Xuan
12 rue Paul Fort
75014 Paris
Email : kxuan_nguyen@hotmail.com

Paris, le 28 septembre 2011

OBJET : réponse au courrier électronique du 21 juillet 2011 - demande d'avis CPP pour un projet d'étude dite observationnelle.

Cher Confrère,

Nous avons bien reçu votre demande d'avis présentée par Mlle NGUYEN Kim Xuan pour un projet concernant les
« **TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE CHEZ LES ADOLESCENTS SUICIDANTS** »

Nous confirmons qu'il s'agit bien là d'une étude observationnelle n'entrant pas dans le champ d'application de la Loi de santé publique relative à la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales.

Le comité considère que ce projet ne pose pas de problème éthique. Toutefois, nous aurions une suggestion, celle d'ajouter sur le document d'information : « Madame, Monsieur ». En effet, il nous semble important que l'on s'adresse directement aux différents participants à cette étude plutôt que de rester informel.

Nous restons à votre disposition si vous souhaitez des informations complémentaires.

Veuillez agréer, cher Confrère, l'expression de nos sentiments les plus cordiaux.

Docteur Elisabeth Frijja
Présidente du CPP Ile de France 1



COMPOSITION :

Présidente : Dr Elisabeth FRIJA-ORVOEN ; **Vice-président :** Pr. Jean-Michel ZUCKER ; **Secrétaire Scientifique :** Christophe BARDIN ; **Trésorier :** François DAUCHY
Autres membres :
Astrid BARBEY ; Marianne BARRIERE ; Angélique COZETTE ; Pr. Marc DELPECH ; Vianney DESCROIX ; Pierre FRANTZ ; Dr Danielle GOLINELLI ; Dr Catherine GRILLOT-COURVALIN ; Dr Michelle HADCHOUEL ; Cécile KORONKIEWICZ ; Catherine LABRUSSE-RIOU ; Catherine MAZIN ; Dr Jean-Louis PERIGNON ;

Annexe 5. Great Ormond Street (GOS) criteria

Tableau des critères diagnostiques du *Great Ormond Street*

Anorexie mentale	Perte de poids voulue (comportement d'évitement vis-à-vis des aliments, vomissements auto-déclenchés, entraînement sportif excessif, recours abusif aux laxatifs...)
	Opinions anormales sur le poids ou la silhouette
	Préoccupation morbide à propos du poids ou de la silhouette
Trouble émotionnel phobique focalisé sur l'évitement alimentaire	Le comportement d'évitement vis-à-vis des aliments n'est pas lié à un trouble affectif primaire
	Perte de poids
	Les troubles de l'humeur ne remplissent pas les critères d'un trouble affectif primaire
	Pas d'opinion anormale concernant le poids ou la silhouette
	Pas de préoccupation morbide à propos du poids ou de la silhouette
Alimentation sélective	Pas de maladie organique cérébrale ou de psychose
	Limitation qualitative de l'alimentation depuis au moins 2 ans
	Refus d'essayer de nouveaux types de nourriture
	Pas d'opinions anormales sur le poids ou la silhouette
	Pas de crainte d'étouffer ou de vomir
Dysphagie fonctionnelle	Le poids peut être bas, normal ou élevé
	Comportement d'évitement vis-à-vis des aliments
	Crainte d'avaler, de s'étouffer ou de vomir
	Pas d'opinion anormale sur le poids ou la silhouette
	Pas de préoccupation morbide à propos du poids ou de la silhouette
Syndrome de refus obstiné	Pas de maladie organique cérébrale ou de psychose
	Refus catégorique de manger, boire, marcher, discuter ou prendre soin de soi
Boulimie	Résistance importante vis-à-vis de toute tentative d'aide
	Épisodes boulimiques et purgatifs récurrents
	Sentiment de perte de contrôle
	Opinions anormales sur le poids ou la silhouette
	Préoccupation morbide à propos du poids ou de la silhouette

Annexe 6. Questionnaire d’amorce de dialogue entre le professionnel de santé et l’adolescent

Hervé MOULA, Françoise MERCIER-NICOUX, Jane Velin

D’après le travail de thèse du Dr Françoise Mercier-Nicoux, Directeur Dr Herve Moula, Présidente Pr Jane Velin – Faculte Xavier-Bichat Paris 7 – Soutenu en 1996.

Ce questionnaire a été crée afin d’améliorer la communication entre l’adolescent et le médecin généraliste et aider ce dernier à déchiffrer la véritable attente d’un jeune qui a du mal à situer sa plainte et à l’exprimer. Lors de son évaluation, le questionnaire était présenté à tout adolescent de 13 à 18 ans et était rempli en salle d’attente ou en cours de consultation.

	Oui	Non
1. Je pratique une activité sportive régulière (plus de 2h/semaine).		
2. J’attache toujours ma ceinture de sécurité en voiture.		
3. Je fume des cigarettes tous les jours ou presque.		
4. Je saute souvent des repas.		
5. Je suis satisfait(e) de ma taille.		
6. Je suis satisfait(e) de mon poids.		
7. Il existe un problème de communication entre mes parents et moi.		
8. Mes parents ont un problème de chômage.		
9. Je me sens à l’aise avec les jeunes de mon âge.		
10. Je préfère la solitude.		
11. L’enseignement que je reçois m’intéresse.		
12. Il m’arrive de manquer des cours sans raison valable.		
13. Je sais quel métier j’aimerais exercer plus tard.		
14. Je connais des personnes qui se droguent.		
15. J’ai souvent du mal à dormir.		
16. Je me sens bien dans ma peau.		
17. Je suis triste assez souvent.		
18. Il y a des personnes autour de moi (parents, adultes) avec qui je peux parler de sexualité.		
19. Je sais ce qu’est la contraception.		
20. Je sais que mes vaccinations sont à jour.		
21. J’ai des problèmes dont j’ai du mal à parler.		
22. Il m’arrive de boire plus de six verres en une seule occasion.		
23. Je passe beaucoup de temps devant un écran (Internet, console de jeu...).		

RÉSUMÉ

Contexte : L'existence d'un risque suicidaire chez les personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire est bien connue. A l'inverse, il n'existe aucune donnée concernant l'existence des troubles du comportement alimentaire chez les suicidants.

Objectif : Déterminer la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez des adolescents suicidant, et évaluer la pertinence des questionnaires préconisés par l'HAS pour le dépistage des troubles du comportement alimentaire.

Méthode : Etude observationnelle, unicentrique, auprès des adolescents suicidants âgées de 13 à 18 ans, admis aux urgences pédiatriques du CHI de Poissy-Saint-Germain-en-Laye.

Résultats : La prévalence des troubles du comportement alimentaires chez les adolescents suicidants était de 41,3 % (IC 95 % [29,1-53,4 %]), avec 3,2 % (IC 95 % [0-7,5 %]) d'anorexie mentale, 6,3 % (IC 95 % [0,3-12,4 %]) de boulimie, et 31,7 % (IC 95 % [20,3- 43,2 %]) de troubles du comportement alimentaire non spécifiés. Le questionnaire SCOFF-F a conduit à de bons résultats de dépistage, contrairement au questionnaire simple testé dans cette étude.

Conclusion : Il a été mis en évidence une prévalence élevée des troubles du comportement alimentaire chez les adolescents suicidants, par rapport à la population normale. Ce résultat devrait encourager les professionnels de santé à prolonger le dialogue vers la recherche de troubles alimentaires lorsqu'ils repèrent des comportements suicidaires ou des signes de mal-être. Dans ce but, la thèse a mis en évidence des tests fiables : le SCOFF-F, des tests hydrides améliorant les scores du SCOFF-F, et des questions seules permettant un diagnostic préliminaire rapide et précis.

Discipline : Doctorat en médecine générale

Mots clés : troubles du comportement alimentaire, anorexie mentale, boulimie, trouble du comportement alimentaire non spécifié, tentative de suicide, adolescents, dépistage, SCOFF.

UFR : Faculté de Médecine Paris 7-Denis-Diderot, 16 rue Henri Huchard, 75870 paris CEDEX