



FFAB

Fédération Française Anorexie Boulimie
French Federation Anorexia Bulimia

2 JUIN 2022

**journée
mondiale
TCA.fr**



Fédération Française Anorexie Boulimie

À PROPOS DES CHIFFRES CONCERNANT LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES (TCA)

A l'occasion de la journée mondiale de sensibilisation aux troubles des conduites alimentaires du 2 juin, de nombreuses questions nous ont été posées au sujet de la fréquence et des caractéristiques de ces troubles :

- Combien de personnes sont concernées en France ?
- Combien de nouveaux cas par an en France ?
- Qui est touché ?
- Quelle est la proportion d'hommes ?
- A quel âge débutent-ils ?

Les réponses données sont souvent imprécises ou contradictoires selon les sources. Pourquoi une telle situation ? Cela mérite une explication qui vous permettra de mieux comprendre les chiffres affichés sur ce site et dans la campagne médiatique autour de la journée mondiale.

1) Pour évaluer la fréquence d'un trouble, il faut le définir

D'emblée, on peut souligner que certains parlent de « troubles alimentaires » ou de « troubles de l'alimentation » ; d'autres, de « troubles des conduites alimentaires » (terme que nous choisirons ici sous l'acronyme TCA) ou encore de « troubles du comportement alimentaire ».

Ces termes se réfèrent à des classifications différentes : respectivement la Classification internationale des maladies ou CIM (version 10, actuellement) et la Classification des troubles mentaux de l'association Américaine de psychiatrie ou DSM, dont il existe à ce jour sept versions, la dernière étant le DSM 5. Chacune de ces classifications rassemble dans les TCA des entités diagnostiques (comme l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse, l'hyperphagie boulimique, etc.) en nombre variable et avec des définitions qui varient pour une même entité. A titre d'exemple, voir le tableau ci-après, issu des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2019.

Tableau 2. Catégorisation des affections regroupées sous le terme de troubles des conduites alimentaires (CIM10, DSM-IV-TR et évolution de la terminologie dans le DSM-5)

CIM 10 « Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques » (2)

Sous le code F50, les troubles de l'alimentation incluent les troubles suivants :

- F50.0 Anorexie mentale
- F50.1 Anorexie mentale atypique
- F50.2 Boulimie (*bulimia nervosa*)
- F50.3 Boulimie atypique
- F50.4 Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques
- F50.5 Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques
- F50.8 Autres troubles de l'alimentation
- F50.9 Trouble de l'alimentation, sans précision

DSM-IV-TR « Troubles des conduites alimentaires » (3) :

- F50.0 [307.1] Anorexie mentale (*Anorexia Nervosa*). Spécifier le type : type restrictif / type avec crises de boulimie / vomissements ou prise de purgatifs
- F50.2 [307.51] Boulimie (*Bulimia Nervosa*). Spécifier le type : type avec vomissements ou prise de purgatifs / type sans vomissements ou prise de purgatifs
- F50.x [307.50] Trouble des conduites alimentaires NS

DSM-5 « Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments », incluant un panel de troubles plus large (4) :

- Pica
- 307.53 (F98.21) Mérycisme
- 307.59 (F50.9) Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments
- Anorexie mentale
 - ▶ 307.51 (F50.2) Boulimie
 - ▶ 307.51 (F50.8) Accès hyperphagique (*Binge Eating Disorder*)
 - ▶ 307.59 (F50.8) Autre trouble de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments, spécifié
- Anorexie mentale atypique
- Boulimie de faible fréquence et / ou de durée limitée
- Accès hyperphagique de faible fréquence et / ou de durée limitée
- Trouble purgatif
- Syndrome de l'alimentation nocturne
 - ▶ 307.50 (F50.9) Autre trouble de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments, non spécifié

Enfin, concernant les variations des critères diagnostiques, un bon exemple est celui de l'anorexie mentale qui, bien qu'ayant le même nom, n'a pas la même définition dans le DSM-IV-R et le DSM 5. Dans ce dernier, le critère de poids est moins restrictif et l'aménorrhée n'est plus un critère. En conséquence, la fréquence de l'anorexie mentale est plus importante dans les études récentes que par le passé, mais cela ne couvre pas exactement la même entité.

Selon les classifications et les critères utilisés pour mesurer la fréquence de ces troubles, les résultats varient donc ; et une part importante de la variation des fréquences, observées au cours du temps, est liée à la variation des critères diagnostiques utilisés.

2) Pour mesurer la fréquence des TCA, on utilise ces définitions et l'on recherche ces critères grâce à des outils de recherche qui sont des entretiens cliniques structurés, semi-structurés ou des questionnaires

Pour un même trouble, défini selon les mêmes critères, dans une même population, les fréquences sont différentes selon l'instrument utilisé. Par ailleurs, certains instruments (par exemple : le CIDI, le MINI, le SCID...) recherchent des diagnostics précis (comme l'anorexie mentale ou la boulimie, par exemple). D'autres recherchent des symptômes et identifient un groupe de personnes ayant une probabilité de TCA (dites « à risque de TCA ») ; ils ne permettent pas de porter des diagnostics précis (par exemple : le SCOFF ou EAT, EDI, l'EDEQ). Les chiffres obtenus par les études utilisant ces outils ne peuvent être mis sur le même plan que ceux issus d'études portant sur des diagnostics précis.

3) La fréquence des TCA dépend de la population étudiée

Certaines études sont réalisées chez des jeunes femmes, d'autres au sein de populations mixtes. Les TCA étant plus fréquents chez les femmes et chez les jeunes, des données d'études portant uniquement sur des « jeunes femmes » fourniront donc des estimations plus élevées.

4) Les données concernant les hommes

Pour les hommes, les fréquences des TCA étant plus faibles, voire très faibles pour l'anorexie mentale, les données sont très variables et peu précises. En effet, dans les petits échantillons, il est possible de ne retrouver qu'un ou deux cas (voire parfois aucun) d'anorexie mentale chez un homme. La variabilité des estimations est donc très importante.

5) Les données sont parfois floues

Les définitions des TCA ont été décrites à des époques différentes : l'anorexie mentale au XIX siècle, la boulimie en 1979, l'hyperphagie boulimique et les troubles d'évitement/restriction de l'ingestion alimentaire (ARFID) en 2012. Nos connaissances sur ces deux derniers sont donc moins importantes.

Par ailleurs, l'étude des TCA en population générale nécessite des échantillons très larges, qui sont difficiles à obtenir et coûteux. Beaucoup de nos connaissances sont issues d'échantillons cliniques (des personnes soignées pour TCA), qui ne reflètent pas l'ensemble des personnes souffrant de TCA (plus de la moitié ne sont pas soignées). Par exemple, le risque de surmortalité liée aux TCA en population générale n'est pas connu, car aucune étude n'a été réalisée à ce sujet. La surmortalité connue concerne les populations soignées et elle varie selon la situation des personnes considérées. Pour l'anorexie mentale, ce sur-risque varie ainsi de plus de 5 fois le risque de la population générale dans une méta-analyse de personnes hospitalisées (majoritairement dans des services non spécialisés) à 14 fois le risque de la population générale dans un service de soins tertiaires accueillant des adultes très sévèrement malades.

6) Quelles données spécifiques à la France ?

Il existe des études en population clinique en France, mais très peu d'études en population générale évaluant la fréquence des TCA ; aucune ne concerne un échantillon représentatif de la population générale, comme cela a pu être fait, par exemple, aux États-Unis.

7) Quels chiffres sur notre site www.journeemondialetca.fr ?

Les données que nous affichons sur notre site sont issues d'une synthèse de la littérature internationale. Nous rapportons les chiffres les plus fréquemment retrouvés et excluons ceux liés à des particularités méthodologiques (par exemple, fréquences très basses, voire nulles, liées à de petits échantillons ; ou très hautes, liées à des critères élargis comme un indice de masse corporelle-seuil à 18,5 pour l'anorexie mentale).

Le chiffre de 900 000 personnes souffrant de TCA avérés est une estimation, établie à partir des données¹ de la littérature internationale² (anorexie mentale, boulimie nerveuse, hyperphagie boulimique et autres troubles non spécifiés) et de celles de l'INSEE concernant l'estimation de la population française³. C'est une estimation basse, qui ne prend pas en compte ce que l'on appelle le « spectre des TCA », par analogie avec d'autres troubles psychiatriques.

Ce « spectre des TCA » est néanmoins important à connaître et à repérer ; et soigner les personnes qui en souffrent est important. On sait en effet que souffrir de troubles de l'alimentation de type restrictifs ou hyperphagiques, même si ceux-ci ne répondent pas à tous les critères diagnostiques pour parler de troubles avérés, est un facteur de risque de présenter ultérieurement des problèmes de santé physiques et psychiques. Ce « spectre des TCA » concerne 17% de la population⁴.

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

² *Lindvall Dahlgren C, Wisting L, Rø Ø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. J Eat Disord. déc 2017;5(1):56.*

³ *Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Estimation de population par département, sexe et âge quinquennal - Années 1975 à 2021 [Internet]. INSEE; 2021. (Estimation de la population au 1er janvier 2021. Séries par région, département, sexe et âge de 1975 à 2021). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>*

⁴ *Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavalacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. The American Journal of Clinical Nutrition. 2019;109(5):1402-13.*