



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2018

Thèse N°221

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

THESE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10/07/2018

PAR

M. CHERRADI Mohamed El Amine

Né le 28 Avril 1989 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Troubles des conduites alimentaires – Boulimie – Anorexie – étudiants – FMPM

JURY

Mr	AR. EL ADIB Professeur d'Anesthésie – réanimation	PRESIDENT
Mr	A. BENALI Professeur agrégé de psychiatrie	RAPPORTEUR
Mr	M. BOURROUS Professeur de pédiatrie	} JUGES
M ^{me}	F. MANOUDI Professeur de psychiatrie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Serment d'Hypocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948

LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSEI Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie

ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BOUAÏTY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	MOUDOUNI Mohammed Said	Urologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SARF Ismail	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	TASSI Noura	Maladies infectieuses
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- reanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embyologie cytogénétique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Nawal	Neurologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICHY Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie

BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENJILALI Laila	Médecine interne	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	RADA Noureddine	Pédiatrie A
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	RAFIK Redda	Neurologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAQUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	Hammoune Nabil	Radiologie
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	JALLAL Hamid	Cardiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AMINE Abdellah	Cardiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LALYA Issam	Radiothérapie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BABA Hicham	Chirurgie générale	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUCHAMA Rachid	Chirurgie générale	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie

BOUCHENTOUF Mohammed	Sidi	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal		Traumatologie - orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid		Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio - Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek		Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHRAA Mohamed		Physiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness		Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie- patologique
EL KAMOUNI Youssef		Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI El Moustafa		Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
ELBAZ Meriem		Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ELQATNI Mohamed		Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
ESSADI Ismail		Oncologie Médicale	TAMZAOURTE Mouna	Gastro - entérologie
FDIL Naima		Chimie de Coordination Bio- organique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FENNANE Hicham		Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo- phtisiologie
GHAZI Mirieme		Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
GHOZLANI Imad		Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
HAMMI Salah Eddine		Médecine interne	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- Vasculaire

DEDICACES

« La reconnaissance est la mémoire du cœur ».

Hans Christian Andersen

À mes parents Khadija et El Mostafa Kamal

Pour votre amour...

Pour tous vos sacrifices...

Pour tous les enseignements que vous m'avez transmis...

En témoignage de ma reconnaissance et de mon inconditionnel amour...

À mon frère Hicham et à ma sœur Loubna

En souvenir d'une enfance dont nous avons partagé les meilleurs et les plus agréables moments.

Pour toute la complicité et l'entente qui nous unissent,

Ce travail est un témoignage de mon attachement et de mon amour.

À ma grand-mère

Pour ton courage, ta tendresse

Et pour avoir toujours été une source de réconfort

À la mémoire de mes grands-parents :

Je n'aurai pas le plaisir de partager ce moment avec vous mais

vous demeurerez à jamais dans mon cœur.

Au reste de ma famille

En témoignage de mon respect et ma gratitude

À :

Soufiane, Kamal, Oussama, Marouane et Mahmoud

À mes amis et collègues :

Imane Chgora, Zakaria, Firdaous, Badr, Rania, Hajar, Imane El Hadgui, Dounia et Mehdi, Imane Idrissi, Abdellah, Ahmed, Cisse, Djamal et Widad

À mes amis de longue date :

Fatine, Mehdi, Ghizlane et Fatim-Zahra

À mes enseignants du primaire, du secondaire et du lycée

À tous mes professeurs de la FMPM et toutes les personnes qui ont veillées de près ou de loin à ma formation

Je tiens à vous remercier pour la personne que je suis aujourd'hui

À tous les médecins de part delà le monde qui veillent au bien être de l'humanité

À tous ceux dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur.

J'espère aussi que l'effort déployé dans le présent travail répondra aux attentes des uns et des autres.

REMERCIEMENTS

À notre maître et président de thèse monsieur le professeur El Adib

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider le jury de cette thèse.

Nous avons eu le grand privilège de bénéficier de votre enseignement lumineux durant nos années d'études.

Nous ne pouvons qu'être reconnaissants pour l'intérêt que vous portez à l'amélioration de l'environnement éducatif et aux conditions des étudiants de notre faculté.

Nous vous prions de bien vouloir, cher Maître, accepter le témoignage de notre profonde reconnaissance et respect pour le grand honneur que vous nous faites.

À notre maître et rapporteur de thèse monsieur le professeur Benali

Vous nous avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant de diriger notre travail.

Nous avons apprécié votre disponibilité, votre patience et votre amabilité tout au long de la réalisation de cette étude ainsi que votre grande qualité de pédagogue.

Nous tenons également à vous remercier de nous avoir fait apprécier le domaine de la psychiatrie.

Veillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre grande estime, notre profonde reconnaissance et notre sincère respect.

À notre maître et juge de thèse monsieur le professeur Bourrous

Nous vous remercions pour la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail.

Votre disponibilité, votre engagement, votre humilité, votre amour du métier et de son enseignement représentent pour moi un exemple dont j'aimerais un jour pouvoir me rapprocher.

Nous avons à cœur de vous remercier pour avoir toujours été à l'écoute de vos étudiants, pour votre pédagogie, et pour vos judicieux conseils qui nous ont guidés depuis les premières années.

Veillez trouver ici, chère Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance, de notre estime et de notre grand respect.

À notre maître et juge de thèse madame le professeur Manoudi

Nous vous remercions d'avoir pris sur votre temps pour siéger au sein de notre respectable jury.

*Nous sommes très reconnaissants de l'amabilité et la gentillesse avec laquelle vous avez accepté de juger
notre travail.*

*Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre gratitude et notre profond
respect.*

***À tous les professeurs de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech et tous les chefs des
différents services du CHU Mohamed VI***

A tous les médecins du service de psychiatrie de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech

À tout le personnel de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech

À tout le personnel médical et paramédical de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech

À tous ceux qui ont aidé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

LISTE DES ABREVIATIONS

AM: Anorexie Mentale

AN: Anorexia Nervosa

BN: Bulimia Nervosa

BED : Binge Eating Disorder

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies.10ème édition

DE : Dépense Energétique

DER : Dépense Energétique de Repos

DSM-IV-TR : Quatrième révision du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

DSM-V : Cinquième édition du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

EDI-2 : Eating Disorder Inventory-2

HAD : Hospital Anxiety and Depression

HAS : La Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RR : Risque Relatif

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

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Evolution des criteres diagnostics de l'anorexie mentale.....	25
Tableau II : interprétation de l'IMC.....	35
Tableau III : Répartition des étudiants selon l'âge.....	42
Tableau IV : Répartition des étudiants selon le niveau d'étude.....	43
Tableau V : Répartition des étudiants en pourcentage (%) selon les moyens de contrôle de poids utilisés.....	49
Tableau VI : La prévalence de TCA chez les étudiants.....	50
Tableau VII : SCOFF en fonction du sexe.....	51
Tableau VIII : SCOFF en fonction de l'âge.....	52
Tableau IX : SCOFF en fonction de la fratrie.....	52
Tableau X : SCOFF en fonction du rang dans la fratrie.....	52
Tableau XI : SCOFF en fonction du niveau d'études.....	53
Tableau XII : SCOFF en fonction de l'IMC.....	53
Tableau XIII : SCOFF en fonction du tabac.....	54
Tableau XIV : SCOFF en fonction du niveau économique.....	54
Tableau XV : SCOFF en fonction du jeûne.....	54
Tableau XVI : SCOFF en fonction du sport.....	55
Tableau XVII : SCOFF en fonction du régime.....	55
Tableau XVIII : SCOFF en fonction de la prise de laxatifs.....	55
Tableau XIX : SCOFF en fonction des coupes faim.....	56
Tableau XX : SCOFF en fonction de l'anxiété.....	56
Tableau XXI : SCOFF et MINI-boulimie.....	57
Tableau XXII : Facteurs associés de façon significative au risque de TCA.....	57
Tableau XXIII : L'évaluation de l'EDI-2 en fonction du sexe.....	58
Tableau XXIV : Le niveau économique en fonction de l'anxiété et l'EDI-2.....	58
Tableau XXV : Facteurs associés de façon significative à l'anorexie mentale.....	59
Tableau XXVI : Facteurs associés à la boulimie.....	60
Tableau XXVII : Comparaison des études faites au niveau national concernant TCA.....	67

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des étudiants selon la tranche l'âge.....	42
Figure 2 : Répartition des étudiants selon le sexe.....	43
Figure 3 : Répartition en pourcentage des étudiants selon le niveau d'études.....	44
Figure 4 : Représentation du niveau socio-économique des étudiants.....	44
Figure 5 : répartition en pourcentage des étudiants selon leur rang dans la fratrie.....	45
Figure 6 : Répartition en pourcentage des étudiants selon le nombre de leur fratrie.....	45
Figure 7 : Répartition des étudiants selon leur consommation de tabac.....	46
Figure 8 : Représentation des étudiants selon leur usage de substances.....	47
Figure 9 : IMC exprimé en pourcentage (N=525).....	47
Figure 10 : IMC exprimé en pourcentage (N=525).....	48
Figure 11 : Pourcentage des étudiants suivant un régime alimentaire.....	48
Figure 12 : Répartition en pourcentage des étudiants selon le type de régime alimentaire utilisé.	49
Figure 13 : Répartition des étudiants en pourcentage (%) selon les moyens de contrôle de poids utilisés.....	50
Figure 14 : Répartition des étudiants en pourcentage (%) selon le risque de TCA.....	51
Figure 15 : SCOFF et IMC.....	53
Figure 16 : SCOFF et anxiété.....	56

PLAN

INTRODUCTION	1
RAPPEL THEORIQUE	4
A/ Les troubles des conduites alimentaires :	5
1. Anorexie mentale	5
a. Définition :	5
b. Signes associés :	6
c. Facteurs étiologiques :	7
c1.Facteurs neurobiologiques :	7
c2. Facteurs génétiques :	8
c3. Facteurs psychopathologiques :	9
d. Formes cliniques	9
e. Complications :	10
f. Pronostic :	11
g. Traitement :	12
2. Boulimie :	15
a. Définition :	15
b. Signes associés :	15
c. Facteurs étiologiques :	16
c1.Facteurs neurobiologiques :	16
c2.Facteurs génétiques :	16
c3. Facteurs psychopathologiques :	16
d. Formes cliniques :	17
e. Complications :	17
f. Pronostic :	18
g. Traitement :	19
3. Les autres troubles du comportement alimentaires :	21
a- « Bing eating disorders » ou accès hyperphagique :	21
b- Mérycisme :	21
c- Pica :	22
d- Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments :	23
e- Troubles des conduites alimentaires non spécifiés	23
B/ CLASSIFICATION DES TCA :	24
1. Critères diagnostiques selon le DSM-V	24
a) Anorexie mentale :	24
b) Boulimie :	26

2. Critères diagnostiques selon CIM-10.....	26
a) Anorexie mentale	26
b) La boulimie	27
C/ Les outils de mesure des TCA	27
1. Eating Disorders Examination	28
2. Les Autres entretiens de diagnostic	29
3. Le Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule.....	29
4. Les Auto-questionnaires d'évaluation des TCA	30
5. Evaluation des TCA chez les enfants et les préadolescents	32
MATERIEL ET METHODES.....	33
I. Type d'étude	34
II. Population d'étude et méthode d'échantillonnage	34
✓ Critères d'inclusion	34
✓ Critères d'exclusion	34
III. Déroulement de l'enquête et recueil des données :	34
IV. Les outils de mesure	35
1- Le Questionnaire :	35
2- Le Questionnaire SCOFF	36
3- Eating Disorder Inventory-2	37
4- MINI Anorexie et MINI Boulimie	38
5- HAD anxiété.....	39
V. Consentement et aspect éthique	39
VI. Traitement statistique	40
RESULTATS	41
A- Etude descriptive	42
I- Profil des étudiants:.....	42
1/ Age :	42
2- Sexe :	43
3- Niveau d'étude :	43
4- Niveau économique :	44
5- Fratrie : Nombre et rang	45
II- Données cliniques.....	46
1/ Répartition selon les antécédents médico-chirurgicaux et addictologiques :.....	46
2- Répartition selon l'IMC :.....	47
3- Répartition selon les moyens de contrôle du poids utilisés :.....	48
a- Régimes alimentaires :	48
b- Autres moyens de contrôle du poids :	49
4- Prévalence de TCA :	50

B- Etude analytique	51
I- Analyse univariée	51
II- Analyse multivariée :	57
DISCUSSION	61
CONCLUSION	71
RESUMES	74
ANNEXES	81
BIBLIOGRAPHIE	89

INTRODUCTION

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Nous sommes entrés dans l'ère de la beauté médiatique et commerciale faisant du corps le plus bel objet de consommation moderne. Une réelle dictature de l'apparence largement véhiculée par les médias et les réseaux sociaux. Une tyrannie de l'image assimilée à celle que nous renvoie notre corps, quand elle est liée à l'identité physique, ainsi qu'à l'interprétation qu'on en fait. Déformée dans certains cas, cette image négative peut être entre autres causes à l'origine de troubles des conduites alimentaires. [1]

Un comportement alimentaire est considéré comme normal s'il satisfait sa triple fonction biologique, affective et relationnelle et contribue au maintien d'un bon état de santé. Manger nous apparaît alors comme étant bien plus que le simple acte de s'alimenter. Il n'assouvit pas que les besoins nutritionnels mais satisfait également une attente hédonique et symbolique que la science a bien du mal à cerner. De la restriction cognitive à l'excès et aux abus, les TCA se situent entre normal et pathologique, et sont souvent une réponse au stress, aux émotions, au désarroi qu'ils amplifient en mettant à mal l'estime de soi et en instillant le poison insidieux de la culpabilité qui retarde la prise en charge thérapeutique. [2]

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont des affections de plus en plus fréquentes, chroniques et souvent graves, à titre d'exemple le pronostic de l'anorexie est sévère et alarmant. Dans un cas sur trois le trouble persiste de manière chronique ou à vie. Environ 15% des malades décèdent de dénutrition et le risque de suicide est multiplié par 22. [3]

Les TCA sont tous le symptôme d'une souffrance réelle et l'expression d'un mal-être qui dépasse de loin la simple volonté de maigrir ou la difficulté de construire son rapport à la nourriture. Les personnes qui souffrent de TCA ont en outre des caractéristiques psychologiques assez semblables : ils souffrent de manque de confiance et d'estime de soi, d'excès de perfectionnisme ou encore de besoin de tout maîtriser. Les TCA enferment leurs victimes dans une souffrance

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

solitaire dont il est très difficile de sortir sans l'aide de spécialistes. Ils nécessitent une approche qui soit à la fois nutritionnelle, comportementale et psychologique. [2-4-5]

Les troubles des conduites alimentaires sont de ce fait complexes et multifactoriels ; facteurs génétiques, neurobiologiques, psychopathologiques et environnementaux. Ainsi les personnes évoluant dans des environnements difficiles peuvent développer plus aisément ces troubles.

Une récente étude menée au sein de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech a démontré la prévalence d'une détresse psychologique et de troubles émotionnels chez les étudiants en médecine.

A la lumière de ces éléments ; soient le contexte socioculturel et les spécificités de l'environnement éducatif au sein de notre faculté, il nous a semblé légitime de poser un regard interrogateur sur la nature des conduites alimentaires chez ces étudiants.

Cette étude transversale descriptive et analytique a donc pour objectifs de :

- Rechercher la prévalence des TCA chez les étudiants à la FMPM
- Evaluer les comportements et cognitions reliés aux TCA chez ces derniers

A cet effet nous avons utilisé un questionnaire pour recueillir les données sociodémographiques et clinique. Ainsi que le questionnaire SCOFF, EDI-2, Mini inventory pour l'anorexie/ boulimie et enfin le HAD anxiété.

RAPPEL THEORIQUE

A/ Les troubles des conduites alimentaires :

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont des pathologies d'origine psychique dont les retentissements sont à la fois somatiques et psychologiques, témoignant ainsi des intrications étroites entre psyché et soma. Ces affections sont particulièrement complexes car au carrefour de la psychologie individuelle et des interactions familiales, du corps dans ses aspects les plus biologiques et de l'image du corps, sans oublier bien sûr les influences sociales et culturelles. Les classifications internationales sont régulièrement actualisées, témoignant ainsi d'une étiopathogénie multifactorielle complexe et discutée. Les troubles des conduites alimentaires relèvent en effet de facteurs génétiques et psychologiques individuels, en étroite relation avec des facteurs environnementaux, familiaux et socioculturels. D'un point de vue psychodynamique, ces troubles des conduites alimentaires s'intègrent aujourd'hui parmi les conduites d'addiction ou de dépendance. [3-4-5]

De diagnostic clinique, ils sont souvent méconnus, alors que des questions simples permettent leur dépistage.

Les TCA sont responsables d'une morbidité certaine : dénutrition en cas d'anorexie mentale, altérations gingivo-dentaires en cas de boulimie, aggravation des complications d'un diabète en cas de compulsions.

Leur prise en charge doit être multidisciplinaire. Elle fait appel à plusieurs techniques psychothérapeutiques, médicaments psychotropes et à plusieurs modalités d'hospitalisation [6].

L'anorexie mentale et la boulimie seront détaillés ci-dessous :

1. Anorexie mentale

a. Définition :

Généralement, on fait mention pour l'anorexie mentale de la triade anorexie-amaigrissement- aménorrhée [4, 7].

L'anorexie, loin d'une disparition passive de l'appétit, est en fait une conduite active de restriction alimentaire et de lutte contre la faim, en accord avec la peur de grossir et le désir de

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

maigrir, qui sont eux, les signes les plus spécifiques, persistant malgré une perte de poids déjà significative et reflétant un trouble particulier de l'image du corps [4, 7].

b. Signes associés :

Dans l'anorexie, l'hyperactivité physique et mentale est très fréquente [8] : logorrhée, fuite des idées, pensées en boucle, symptômes obsessionnels et compulsifs, difficulté d'endormissement, excitation, travail excessif, « Perfectionnisme », ménage, marche vive, course, montée d'escalier. L'hyperactivité n'a pas pour seul but de « brûler des calories », mais aussi de diminuer l'anxiété.

L'anxiété est très fréquente: 60 voire 70 % des malades avouent être ou avoir été très anxieux. L'anxiété existait avant l'anorexie dans un cas sur trois. La reprise de poids l'active. [8, 9, 10, 11]

La dépression est assez fréquente [8, 9, 11, 12]. Elle est masquée par le jeûne et l'amaigrissement, mais réapparaît sitôt que le malade accepte de reprendre du poids. La dépression existait avant l'anorexie dans un cas sur six.

Des difficultés par rapport à la féminité et la sexualité sont très fréquentes, pour ne pas dire constantes [13]. Elles n'étaient présentes avant l'anorexie que dans un cas sur trois. Il convient de rechercher chez les malades qui vomissent ou qui sont boulimiques, des antécédents de traumatisme sexuel : on en trouve une fois sur six environ, ce qui est cinq fois plus que dans la population générale féminine.

Des caractéristiques mentales sont très souvent retrouvées chez ces malades [9-14] : manque de confiance en soi, manque d'estime de soi, besoin de maîtrise et de contrôle (peur de l'imprévu), méfiance à l'égard d'autrui, excès de perfectionnisme, difficulté à se faire plaisir (rejet du désir), besoin d'un lien affectif fort (y compris avec les thérapeutes), difficulté d'expression et d'introspection, sentiment d'impuissance.

c. Facteurs étiologiques :

Le rôle des régimes hypocaloriques est établi dans 75% des cas, l'anorexie mentale est précédée par un régime [9,15]. Les adolescentes « au régime » ont trois fois plus de risque (risque relatif) de développer un TCA, dont une anorexie, que celles qui n'en font jamais [16].

Le rôle d'un excès d'importance apportée à la minceur est avéré : le risque relatif de développer un TCA est de 3 chez celles et ceux qui lisent très souvent des journaux de mode, en comparaison à ceux qui n'en lisent jamais [16].

Le rôle des facteurs génétiques est prouvé à plus de 90%, le risque relatif est d'environ 3 [17]. Le rôle d'un TCA chez les proches (surtout la mère) est établi, le risque relatif est de 3 à 4 [16].

Le rôle des états dépressifs ou des états anxieux dans la famille est établi, le risque relatif est de 2,5 en moyenne [16].

L'excès d'attention apporté par le père à l'exercice physique et sportif et à la minceur est admis, le risque relatif est de 2 [16].

Chez la femme adulte, le rôle d'une grossesse est avéré. Dans un cas sur cinq, le TCA démarre à la fin ou dans les suites immédiates de la grossesse. Le rôle du caractère fusionnel ou envahissant de la mère et celui de l'absentéisme du père ne sont pas établis [16].

c1.Facteurs neurobiologiques :

Le refus de manger et la détermination à se restreindre activent les circuits excitateurs cérébraux (sérotonine, dopamine, amphétamine-like, noradrénaline...). Ces neuromédiateurs excitateurs facilitent l'hyperactivité physique et sont anorexigènes [12] : ils s'opposent à la sensation de faim qui augmente.

L'amaigrissement induit une diminution de la leptinémie, qui induit à son tour une diminution des hormones sexuelles, notamment hypothalamo-hypophysaires (retour à un stade pré pubertaire), d'où l'aménorrhée [16].

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

On connaît en effet le rôle de la leptine dans l'apparition de la puberté. La baisse de la leptinémie, du fait de la fonte du tissu adipeux, conduit à une augmentation de la faim. L'augmentation de la leptinémie avec la reprise de poids explique aussi que l'aménorrhée disparaisse dans 85 % des cas, quand l'état nutritionnel se normalise: les règles réapparaissent pour un IMC = 18,5kg/(m²) [16].

L'anxiété et l'amaigrissement induisent une augmentation de la cortisolémie (et de l'ACTH) qui favorise la perte musculaire pour alimenter la néoglucogenèse (le besoin en glucides n'est pas couvert par l'alimentation) [16].

La restriction énergétique induit une hypothyroïdie fonctionnelle (syndrome de basse T3) qui est responsable de frilosité, de constipation, d'altération des phanères [15].

La dénutrition et la restriction protéique induisent une diminution de la force et du volume des muscles, notamment des muscles lisses digestifs. Il en résulte une dyspepsie par ralentissement de la vidange gastrique et des troubles du transit qui accroissent en particulier le volume abdominal, ce que détestent ces malades [16].

c2. Facteurs génétiques :

L'association significative entre anorexie mentale et un polymorphisme du gène codant pour le récepteur sérotoninergique 5HT2A est dorénavant prouvée [18].

Ce résultat, répliqué plusieurs fois, apparaît très significatif chez les anorexiques avec forte dimension obsessionnelle. L'effet est très significatif mais modéré [18].

Les études d'agrégation familiale estiment à 3 % le risque d'avoir un enfant anorexique si un apparenté a le trouble et à 0,3 % si ce n'est pas le cas [18].

Un sujet ayant une vulnérabilité génétique, sur le 5HT2A par exemple, a un risque relatif faible (x 1,8) s'il ne s'y associent pas d'autres vulnérabilités et des facteurs d'environnement favorisants [18].

c3. Facteurs psychopathologiques :

Il y a des cercles vicieux dans l'anorexie [9-12-19] :

- Le malade souhaite un contrôle absolu sur son alimentation, qu'il restreint ; ainsi, il accentue le besoin de manger, la frustration et les carences ; il s'en suit une perte de contrôle qui aboutit à la première crise de boulimie. C'est pourquoi 30 à 40 % des malades font des crises. Dans les autres cas, le malade est anxieux de cette faim qui le taraude et cherche des moyens alternatifs de la supprimer : hyperactivité physique et mentale en particulier ;
- Le malade veut perdre du tissu adipeux, mais la moitié du poids perdu est de la masse maigre (surtout musculaire). Ceci pousse probablement son organisme à le faire manger plus. Et donc un malade sur trois risque, dans ses crises de boulimie, d'engouffrer toutes les matières grasses qu'il s'est interdites.
- L'anxiété conduit à l'anorexie mentale, dont l'un des « buts » est de la gérer. Mais la restriction, les carences, la peur de regrossir accroissent l'anxiété en retour.
- Le malade manque de confiance et se méfie d'autrui (peur d'être jugé). Et de fil en aiguille il perd tout contrôle.

À travers l'anorexie mentale, le malade cherche un lien affectif fort avec autrui, mais s'aperçoit, bien que la maladie l'écarte de ses proches, qu'ils finissent par s'occuper plus de l'anorexie qu'ils ne s'intéressent à lui.

d. Formes cliniques

Il y a deux formes distinctes [8-13-15] :

- L'anorexie restrictive, qui représente 50 à 60 % des cas. Ici, le malade ne maigrit que par la restriction alimentaire et l'hyperactivité physique qu'il s'impose (observées chez 50-60 % de ces malades). Cette forme est associée à un fort sentiment de maîtrise et de déni de la gravité de la maladie ;
- L'anorexie-boulimie, où le malade associe à la restriction soit des vomissements, soit des crises de boulimie avec vomissements provoqués. Cette forme représente 40 à 50% des cas. On inclut ici les anorexiques qui vomissent et non boulimiques.

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Le passage de la forme restrictive à la forme boulimique est fréquent (30-40 % des cas). Il se fait en règle dans les trois premières années de la maladie. Au-delà, la transformation est rare. À l'inverse, une fois les crises de boulimie installées, très rares sont les malades ayant une forme boulimique qui reviennent à la forme restrictive.

Dans 5 à 7 % des cas, l'anorexie est associée à une maladie somatique (diabète, maladie de Crohn, gastropathie chronique...) [16].

Dans un cas sur dix, elle est associée à un trouble psychiatrique sévère : anxiété généralisée majeure, trouble obsessionnel compulsif, état dépressif sévère, état « limite » (borderline) et le trouble bipolaire [16].

e. Complications :

- Décès

Il concerne environ 5 à 15% des malades au-delà de 10 ans d'évolution [16]. Une approche nutritionnelle « agressive » diminue la mortalité à 1-2% [16].

Le décès est le plus souvent associé à la forme boulimique de l'anorexie. Il est lié deux fois sur trois à la dénutrition et une fois sur trois à un suicide (forme boulimique seulement) [16].

- Aménorrhée

Elle touche 95 % des malades. Elle est due au retour à un état biologique « pré pubertaire » : toutes les hormones, y compris hypothalamiques et adipocytaires (leptine), ont une concentration plasmatique basse [16].

Elle est responsable d'altérations de la peau et des phanères, d'une accentuation du catabolisme osseux et d'une diminution de l'ostéogenèse (d'où l'ostéoporose) et d'une stérilité (plus de 90 % des cas) réversible en règle après guérison [8-13].

L'aménorrhée disparaît dans 85 % des cas au-dessus d'un IMC de 18,5 kg/(m)² chez l'adulte [16].

- Ostéoporose :

Elle est rarement prise en compte et peu traitée, alors qu'elle concerne une adolescente anorexique sur huit et deux patientes adultes sur trois au moins, après 10 ans d'évolution [14-15].

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Rares sont les ostéopénies avant 5 ans d'évolution de la maladie [16].

- Acrosyndrome :

L'acrosyndrome, voire un véritable phénomène de Raynaud, est fréquent. Il est secondaire à la dénutrition chronique et aux troubles hormonaux [16].

- Dénutrition :

Elle est quasi constante [15]. On admet qu'au moins 80% des malades ont été, sont ou seront dénutris.

La dénutrition entraîne une amyotrophie qui touche tous les muscles, y compris respiratoires et digestifs (ralentissement de la vidange gastrique et du transit). Elle affecte également la peau et les phanères (cheveux, ongles), l'os, le cœur (troubles du rythme) [16].

C'est la dénutrition qui est responsable des œdèmes (rarement cliniques dans la forme restrictive pure). En revanche, la dénutrition n'induit assez souvent aucun déficit biologique mesurable ici : anémies rares et peu importantes en règle, malgré l'intensité et la fréquence des carences nutritionnelles ; très rares hypomagnésémie et hypophosphorémie, rare hypoalbuminémie et hypotransthyrélinémie. De façon schématique, seules les anorexies compliquées de dénutrition sévère (IMC <12kg/[m]2) s'accompagnent de signes biologiques de dénutrition [16].

f. Pronostic :

Le pronostic de l'anorexie mentale est sévère [8-13-15] :

- Décès de 5 à 15 % des malades après 10 ans d'évolution;
- Dénutrition chez plus de 90 % des malades, avec ses signes et complications.
- Ostéoporose dans 40 à 50 % des cas au moins (plus encore chez l'adulte), au-delà de 10-15 ans d'évolution de la maladie ;
- Hypokaliémie (vomissements) parfois sévère, hypophosphorémie, hyponatrémie (potomanie), anémie (rarement sévère).

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

- Aggravation ou apparition de l'anxiété, des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) et/ou d'un état dépressif parfois marqué dans 50-60% des cas au moins.
- Altération de la qualité de vie et des relations socioprofessionnelles parfois très invalidantes.

Au-delà de 10-12 ans de maladie, 40 % des malades souffrent encore de TCA. 5 à 15% ont une forme sévère ($IMC < 16 \text{ kg}/[\text{m}]^2$), avec alimentation très restrictive et/ou crises de boulimie fréquentes ($> 1/\text{j}$), ou évolution vers la boulimie à poids normal (1 crise/j).

6 à 15% ont une forme de sévérité intermédiaire et 20-25% ont une forme légère (IMC entre 17 et $18,5 \text{ kg}/[\text{m}]^2$, 1 crise ou 2/semaine...).

Environ 60% des malades guérissent. La seule séquelle est l'ostéoporose, qui ne récupère, en cas de guérison, qu'un peu plus d'une fois sur deux.

g. Traitement :

Il doit être multidisciplinaire [8-13-15] et comporter trois volets :

Volet nutritionnel :

Il faut fixer les deux cibles indispensables à la guérison : atteindre et maintenir un IMC d'au moins $18,5 \text{ kg}/(\text{m})^2$; atteindre et maintenir des apports énergétiques compatibles avec le maintien de ce poids.

Il s'agit de malades anxieux et hyperactifs (physiquement et mentalement) qui ont donc des besoins supérieurs à ceux des personnes de poids normal, non seulement pour prendre du poids, mais aussi pour le maintenir.

On admet que la dépense énergétique de repos (DER) est de 10% supérieure à celle des femmes de même âge et d'IMC. La DE postprandiale est de 20-30 % supérieure.

En cas d'hyperactivité physique, la DE peut-être jusqu'à 1,8 à 2 fois supérieure à la DER ($DER \times 1,8$). Par ailleurs, pour faire reprendre du poids à ces malades, il faut de l'ordre de 7,5 kcal/g de poids pris. Ceci fait environ 1000 kcal/j en plus de la DE totale pour permettre une prise de poids de 1000 g (1kg) par semaine.

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Volet psychologique et comportemental :

Il faut travailler sur le comportement alimentaire : vrais repas, possibilité de manger avec autrui, suppression de l'acte de se faire vomir, réintroduction des matières grasses ajoutées, du sucre et des aliments sucrés, des matières grasses de constitution. Il ne faut pas hésiter à rejeter les idées reçues (le gras fait grossir, le sucré est mauvais, les viandes en sauce sont à prohiber, on prend du pain ou des féculents).

Il faut également :

- Avoir le courage de défendre avec conviction une démarche diététique « Spécifique » et à l'opposé de ce qui se prône chez les patients obèses.
- Travailler sur le comportement non alimentaire comme le TOC, l'hyperactivité physique notamment, mais aussi la relations avec les autres, la tendance à la méfiance et le perfectionnisme.
- Insister sur le fait que la thérapie cognitive et comportementale est, avec la thérapie familiale chez l'adolescent, la seule thérapeutique qui a fait preuve de son efficacité sur la prise de poids des anorexiques.
- Travailler sur le manque de confiance, le besoin de perfection, le lâcher-prise, la méfiance à l'égard d'autrui, la peur de l'imprévu, la féminité et la sexualité, enfin le sentiment d'impuissance (très fréquents). [2-6]
- Aborder le besoin de lien affectif fort du malade vis-à-vis de son entourage. Rappelons qu'un malade anorexique-boulimique (ou anorexique qui vomis) sur six a des antécédents de traumatisme sexuel (15 % des cas).

Volet cognitivo-comportemental :

La thérapie cognitivo-comportementale est un moyen efficace de traitement de l'anorexie mentale : elle a fait la preuve de son efficacité au sein d'études randomisées. Dans ces études, le groupe « contrôle » était constitué de malades sur la liste d'attente ou, dans quelques études, de malades sous psychothérapie individuelle de type psychanalytique [18].

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

La TCC consiste à identifier avec le malade les pensées, les émotions et les sentiments qui l'agitent lorsqu'il rejette l'acte de s'alimenter, lorsqu'il ressent le besoin d'une hyperactivité physique ou d'une crise de boulimie [2-18].

La TCC ne cherche pas le « pourquoi » dans l'enfance, mais le « comment » dans le présent. Elle cherche aussi à donner aux malades des pistes concrètes pour ne plus le faire ([18].

Traitement médicamenteux :

Il n'existe pas de traitements médicamenteux qui permettent la prise de poids, et la guérison de l'anorexie [8-9-14].

Les anxiolytiques sont sans effet.

Les antidépresseurs imipraminiques et autres non sérotoninergiques ont eu une certaine efficacité dans de rares études (niveau de preuve faible).

Les sérotoninergiques sont plutôt à déconseiller, sauf en cas de crises de boulimie fréquentes et de poids pas trop bas (niveau de preuve faible).

Les neuroleptiques ont eu une certaine efficacité dans de rares études (niveau de preuve assez faible), mais font courir le risque de crises de boulimie ou de compulsions alimentaires à terme. Les neuroleptiques en revanche, s'ils n'aident pas à la prise de poids, peuvent être utiles pour lutter contre une hyperactivité physique très importante et des TOC mal contrôlés.

Complément nutritionnel :

Il ne faut pas omettre les compléments nutritionnels [18] :

- énergétiques (niveau de preuve assez faible);
- minéraux et vitamines: il est logique, face aux carences alimentaires d'en prescrire (niveau de preuve assez faible) ;
- mais surtout le traitement de l'ostéoporose : calcium(500mg/j), vitamine D3 (20 µg/j), associé au traitement hormonal substitutif (niveau de preuve faible), voire aux biphosphonates (niveau de preuve faible).

2. Boulimie :

a. Définition :

La boulimie se caractérise par la récurrence d'accès de surconsommation alimentaire. Il s'agit le plus souvent, d'une jeune femme qui perd le contrôle d'une restriction alimentaire qu'elle s'efforce de maintenir en permanence, dans l'intention de maigrir ou de rester mince.

Dans les accès de boulimie, on peut retrouver des envies impérieuses (craving) et des rituels compulsifs de consommation qui pourrait en faire une toxicomanie alimentaire. Il est possible aussi que les mêmes circuits de récompenses, les circuits dopaminergiques, y soient aussi impliqués. L'accès boulimique se déroule suivant un scénario assez stéréotypé. Son déclenchement brutal, son caractère impérieux, son déroulement d'un seul tenant jusqu'au malaise physique ou au vomissement lui confèrent un caractère de crise. Il consiste en l'ingurgitation rapide, voire frénétique, d'une grande quantité de nourriture, faite dans un état d'émotion particulier qui mêle plaisir et excitation à de la honte et de la culpabilité. Ces dernières s'intensifient au fur et à mesure de la crise, le tout avec un sentiment de perte totale de contrôle. Il s'accomplit en général en cachette d'une façon totalement indépendante des repas [2,7].

b. Signes associés :

Dans la boulimie, l'hyperactivité physique est fréquente, mais nettement moins que dans l'anorexie : difficulté d'endormissement, « perfectionnisme », ménage, marche vive, course, montée d'escalier. Le but en est de maigrir, mais aussi de réduire l'anxiété. L'anxiété est très fréquente : 70 à 80 % des cas ; l'anxiété préexistait souvent (30 % des cas). La dépression est très fréquente (70 % des cas) ; elle est aggravée par les crises et leur répétition ; et préexiste souvent à la boulimie [16].

Les difficultés avec la féminité et la sexualité sont fréquentes alors qu'elles n'étaient présentes avant la boulimie que dans un cas sur quatre. Il convient de rechercher des antécédents de traumatisme sexuel : on en trouve une fois sur six environ (cinq fois plus que dans la population) [16].

Les caractéristiques mentales sont les mêmes que chez les malades anorexiques [5, 8, 11]

c. Facteurs étiologiques :

Le rôle des régimes hypocaloriques, excès d'importance apportée à la minceur, des facteurs génétiques, des états dépressifs ou des états anxieux dans la famille ainsi que l'excès d'attention apporté par le père sont identiques aux données de l'AM.

c1.Facteurs neurobiologiques :

Dans la boulimie, il y a probablement un épuisement des réserves des neuromédiateurs excitateurs [12-15].

Les carences alimentaires induisent une augmentation de la faim et de l'appétit qui, avec la frustration, provoquent la première crise [2-16].

c2.Facteurs génétiques :

On incrimine les mêmes gènes que ceux impliqués dans l'anorexie : circuits sérotoninergique (5 HT-2A, allèle A), dopaminergique et neurotrophique.

Le rôle d'un TCA chez les proches (avant tout la mère) est établi : RR = 3 ou 4.

c3. Facteurs psychopathologiques :

Volet psychanalytique

Les cinq cercles vicieux déjà observés dans l'anorexie se retrouvent dans la boulimie.

Volet cognitivo-comportementale :

Le malade, qui a une forte pensée anorexique, cherche à s'en débarrasser et vomit. Ce qui aggrave la dénutrition et les carences et favorise la prochaine crise. De crise en crise, l'anxiété et l'état dépressif s'accroissent. L'estime de soi s'altère encore plus. La réponse à ces humeurs et pensées inconfortables est... une nouvelle crise [2-16].

On parle, dans la boulimie, de conduite addictive [13-15-19] : le malade ne peut pas y échapper, veut arrêter, mais sans succès, se sent mal quand il ne fait pas sa crise, à la fois physiquement (malaise) et au niveau psycho-comportementale. Il y a sans doute dans la boulimie une dépendance comportementale et psychique, plus que physique.

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

La crise est un acte de remplissage effréné et vidange brutale. Entre les crises, les malades sont parfois dans l'euphorie de jeûne et de l'hyperactivité physique. Il n'est donc pas étonnant qu'il y ait souvent une tendance cyclothymique chez ces malades.

d. Formes cliniques :

Il y a deux formes distinctes [11-15] :

- Les formes compulsives impulsives : elles représentent 20 %. Le malade ressent un besoin urgent de sa crise et ne peut pas s'y soustraire. Cette forme est associée en général à des troubles de la personnalité (10 %), à des traumatismes sexuels (30%), à d'autres addictions (10 %). Le traitement en est difficile, car les malades sont instables.
- Les formes compulsives non impulsives (80 % des cas) : la crise est programmée (par ex. : le soir, après le coucher des enfants...). Il n'y a en règle pas de pathologie associée. Mais les traumatismes sexuels y sont assez fréquents (10-15 %). Le traitement en est plus facile.

Le passage de la boulimie à la compulsions alimentaire est rare : moins de 15 % des cas. Il s'agit de cas où le malade peut de moins en moins vomir, réduit ses activités de compensation et se met à grossir.

Le risque d'obésité ou même de surpoids est rare dans la boulimie : 5-10 % des cas : c'est la pensée anorexique qui explique cette rareté.

Dans 5 % des cas, la boulimie est associée à des crises compulsives sans vomissements [3-16].

e. Complications :

- Décès :

Il concerne environ 2 à 5 % des malades au-delà de 10 ans d'évolution. Une approche nutritionnelle « agressive » pourrait diminuer la mortalité, qui est de 1-2%. Le décès est le plus souvent en rapport avec une tentative de suicide liée aux crises [3-16]

- Altération de l'émail.

- Altération de la plaque dentaire et de la jonction gingivo-dentaire.

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Elle est responsable de déchaussements dentaires importants et nombreux. C'est la complication somatique la plus fréquente.

La boulimie est la maladie qui altère le plus souvent la jonction gingivo-dentaire.

- Dénutrition :

Elle n'est pas rare. Sa fréquence n'est pas évaluable, car nous manquons de critères biologiques. La dénutrition (ou malnutrition) est sous-estimée par les médecins, car le poids est normal. Pourtant, les carences d'apport sont multiples : vitamines, oligoéléments, minéraux [16].

La dénutrition est responsable d'une amyotrophie, de troubles trophiques (peau et phanères) et en partie de l'état dépressif. En revanche, la dénutrition n'induit ici aucun déficit biologique mesurable, hormis l'hypokaliémie, qui est au fond bien plus rarement marquée qu'on ne s'y attendrait.

Hypertrophie des glandes salivaires et des parotides liées à l'hypersécrétion d'un suc visqueux (riche en protéines) qui obstrue en partie les canaux [16].

- Reflux gastro-œsophagien :

Il est très fréquent. C'est une des séquelles reconnues de la boulimie [16].

- Aménorrhée :

Elle est rare (5 % des cas). En revanche, des troubles de règles et de la fécondité sont assez fréquents. Les causes en sont mal connues, mais en grande partie nutritionnelles (défaut de libération des « pulses » de LH et FSH) [3-16].

- Ostéoporose :

Elle est rare : environ 10 à 15 % des malades, après 10 ans d'évolution. Très rarement, on retrouve une hémorragie digestive (syndrome de Mallory-Weiss), hyponatrémie sévère (potomanie, pour vomir notamment), ou une rupture gastrique [3-16].

f. Pronostic :

Le pronostic de la boulimie est assez sévère [8-14] :

- Décès de 2 à 5 % des malades après 10 ans d'évolution;

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

- Aggravation ou apparition de l'anxiété, des TOC et/ou d'un état dépressif parfois marqué dans 50-60 % des cas au moins. Altération de la qualité de vie et des relations socioprofessionnelles parfois très invalidante ;
- Au-delà de 10-12 ans de maladie, 40 % des malades souffrent encore de TCA : 10-15 % ont une forme sévère (crises de boulimie fréquentes : > 1/j), 10 % un état dépressif marqué ; 10 à 15 % ont une forme de sévérité intermédiaire et 10 à 15 % ont une forme légère (1 crise ou 2/semaine...).

Environ 60 % des malades guérissent. Les seules séquelles sont les pertes dentaires.

g. Traitement :

Il doit être multidisciplinaire [11-14-15-20] et comporter trois volets :

Volet nutritionnel

Il faut fixer les deux cibles indispensables à la guérison :

- Maintenir et défendre un IMC d'au moins 18,5 kg/(m)².
- Atteindre et maintenir des apports énergétiques compatibles avec le maintien de ce poids.

On admet que la dépense énergétique (DE) de repos (DER) est de 5 % supérieure à celle des femmes de même âge et IMC. La DE postprandiale n'est pas connue.

La nutrition entérale discontinuée d'appoint, y compris à domicile, a fait la preuve de son efficacité sur les crises de boulimie.

Volet psychologique et comportemental

Ce volet du traitement de la boulimie est similaire à celui observé dans l'anorexie mentale.

Traitements médicamenteux

Dans la boulimie, les traitements antidépresseurs ont montré une efficacité temporaire sur l'abrasion des symptômes boulimiques. Des méta-analyses ont montré que presque toutes les familles d'antidépresseurs avaient une relative efficacité dans la réduction des crises [18].

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Les antidépresseurs pourraient agir selon deux modalités : soit indirectement par leur action antidépressive soit directement par leur action sur la neurotransmission sérotoninergique.

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) y trouveraient donc une indication privilégiée.

Néanmoins, dans la plupart des études, les effets des antidépresseurs (tricycliques, IRS, IRNS) versus placebo montrent une efficacité qui disparaît au bout de huit à dix semaines. D'autre part, les résultats de ces études restent inconstants [18].

Plusieurs méta-analyses ont souligné l'importance dans la boulimie du suivi psychothérapeutique qui aurait une action supérieure au traitement antidépresseur et potentialiserait l'effet de celui-ci [18].

Le traitement antidépresseur nécessite donc d'être toujours associé à un suivi psychologique ou psychiatrique. Les recherches ne permettent pas actuellement de proposer un usage codifié avec précision des IRS dans la boulimie.

Enfin une approche intéressante pourrait être le développement d'antidépresseurs dont l'action serait spécifique des récepteurs 5-HT_{2A}.

D'autres molécules ont été essayées dans la boulimie mais sans succès. Le dexfenfluramine, agoniste sérotoninergique, a montré son efficacité sur l'hyperphagie postprandiale, la compulsions pour les hydrates de carbone, mais n'a montré aucun effet anti-boulimique propre. D'autre part il faut rappeler les récentes limitations de prescription de cette molécule, du fait d'un risque d'hypertension artérielle pulmonaire gravissime.

Des études préliminaires suggèrent l'efficacité potentielle de l'alprazolam, de la diphenylhydantoïne, de la carbamazépine et du valproate. La nalexone à dose élevée montrerait une efficacité, ainsi que la méthyl amphétamine, mais des risques d'effets secondaires psychiques graves (psychose induite) ont été signalés avec ce produit.

Compléments nutritionnels

Les mêmes sont prescrits dans l'AM.

3. Les autres troubles du comportement alimentaires :

a- « Bing eating disorders » ou accès hyperphagique :

Ce trouble se différencierait de la boulimie par le non-contrôle, ou presque, du poids et l'étalement de la consommation alimentaire boulimique dans la journée. Les sujets sont surpondérés et même fréquemment obèses. Le seuil de définition est formulé en journées de surconsommation boulimique et non pas en crises.

Le Binge eating disorder (BED) serait 2 à 3 fois plus fréquent que la boulimie, il concernerait 10 % des personnes obèses et 20 à 40 % de celles qui se présentent à une consultation de nutrition.

Toutefois, ce trouble est pour le moment classé parmi les TCA non spécifiés. [5-7-20]

b- Mérycisme :

Définition : Régurgitations répétées de nourritures pendant une période d'au moins 1 mois. Les aliments peuvent être remastiqués, ré-avalés ou recrachés. Touche principalement les enfants de 3 mois à 1 an, plus rarement les adultes.

Caractéristiques diagnostiques :

- Critère A : La caractéristique essentielle du mérycisme est une régurgitation répétée de la nourriture qui survient après un repas et apparaît pendant la première ou la deuxième enfance après une période de fonctionnement normal et qui dure pendant au moins 1 mois. Les aliments partiellement digérés sont régurgités dans la bouche, en l'absence apparente de nausées, de haut-le-cœur ou de dégoût, et en l'absence de maladie gastro-intestinale associée. Ensuite, les aliments sont soit recrachés, soit, plus souvent, remastiqués et ré-avalés.
- Critère B : Les symptômes ne sont pas dus à une affection gastro-intestinale ni à une autre affection médicale générale associée (ex. : syndrome de Sandifer, reflux oesophagien) et ils ne surviennent pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale (anorexia nervosa) ou d'une boulimie (bulimia nervosa).

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

- Critère C : Si les symptômes surviennent exclusivement au cours d'un retard mental ou d'un troubles envahissants du développement, ils doivent être suffisamment sévères pour justifier un examen clinique.

c- Pica :

Définition : Ingestion répétée de substances non nutritives pendant au moins 1 mois (plâtre, plomb, sable, cailloux, cheveux, papier, plastique...).

Caractéristiques diagnostiques :

- Critère A : La caractéristique essentielle du Pica est l'ingestion répétée d'une ou de plusieurs substances non nutritives de façon continue pendant une période d'au moins 1 mois. Le type de substances ingérées tend à varier avec l'âge. Ainsi, les nourrissons et les jeunes enfants mangent de la peinture, du plâtre, de la ficelle, des cheveux ou du tissu. Les enfants plus âgés peuvent manger des excréments d'animaux, du sable, des insectes, des feuilles ou des cailloux. Les adolescents et les adultes pourront consommer de la terre ou de la glaise. Il n'existe pas d'aversion envers la nourriture.
- Critère B ; Pour porter le diagnostic de Pica, il faut que la conduite soit clairement inadaptée au stade de développement du sujet.
- Critère C : Pour porter le diagnostic de Pica, il faut que la conduite ne représente pas une pratique culturellement admise.
- Critère D : L'ingestion de substances non nutritives peut être une caractéristique associée à d'autres troubles mentaux (ex. : trouble envahissant du développement, retard mental). Si le comportement survient exclusivement au cours de l'évolution d'un autre trouble mental, on ne fera un diagnostic additionnel de Pica que si ce comportement est suffisamment sévère pour justifier un examen clinique.

d- Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments :

La restriction ou l'évitement de l'ingestion d'aliments remplace et complète le diagnostic de trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance du DSM-IV. La principale caractéristique diagnostic de la restriction ou de l'évitement de l'ingestion d'aliments est l'évitement ou la restriction des ingestions de nourriture se manifestant par une incapacité cliniquement significative à atteindre les besoins nutritionnels ou par une insuffisance des apports énergétiques par voie orale. Une ou plusieurs caractéristiques essentielles suivantes doivent être présentes : perte de poids significative, déficit nutritionnel significatif (ou reniement clinique consécutif), nécessité d'une nutrition entérale par sonde ou de compléments alimentaires oraux, ou encore altération nette du fonctionnement psychosocial. L'évaluation clinique détermine si la perte de poids est significative; au lieu de perdre du poids, les enfants et les adolescents qui n'ont pas terminé leur croissance peuvent ne pas maintenir leur rythme de croissance staturo-pondérale au cours de leur développement.

e- Troubles des conduites alimentaires non spécifiés [21] [22]:

Les Troubles des conduites alimentaires non spécifiés sont une catégorie destinée aux troubles qui ne remplissent pas les critères d'un trouble des conduites alimentaires spécifique. En voici quelques exemples :

- Chez une femme, tous les critères de l'anorexie mentale sont présents, si ce n'est qu'elle a des règles régulières.
- 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.
- 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 3 mois.
- L'utilisation régulière de méthodes compensatoires inappropriées fait suite à l'absorption de petites quantités de nourriture chez un individu de poids normal (p. ex., vomissement provoqué après absorption de deux petits gâteaux).

- Le sujet mâche et recrache, sans les avaler, de grandes quantités de nourriture.

B/ CLASSIFICATION DES TCA :

1. Critères diagnostiques selon le DSM-V [21-22] :

Selon le DSM-5 (catégorie: Feeding & Eating Disorders) 6 TCA sont spécifiés:

- Pica (chez l'enfant, chez l'adulte)
- Mérycisme (Rumination Disorder)
- Alimentation sélective (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder)
- Anorexie nerveuse (type restrictif ou binge-eating/purging)
- Boulimie nerveuse
- Hyperphagie (Binge-Eating Disorder)
- Autres troubles spécifiés (AN atypique, BN et BED avec fréq. faible et/ou limitée, Purging disorder, Night eating syndrome)
- TCA non spécifiés (Unspecified Feeding or Eating Disorder) ou troubles alimentaires atypiques.

a) Anorexie mentale :

- Restrictions énergétiques menant à un poids inférieur au poids normal pour le sexe, l'âge et la taille.
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros.
- Altération de la perception du poids et du corps avec influence sur l'estime de soi et déni de la gravité de la maigreur actuelle.

L'aménorrhée ne fait plus partie des critères DSM V, car :

Présence de cas avec activité menstruelle ponctuelle. Critère difficilement applicable aux jeunes filles avant leurs 1ères règles, aux femmes avec une contraception orale ou post-ménopausées et aux hommes).

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

2 types :

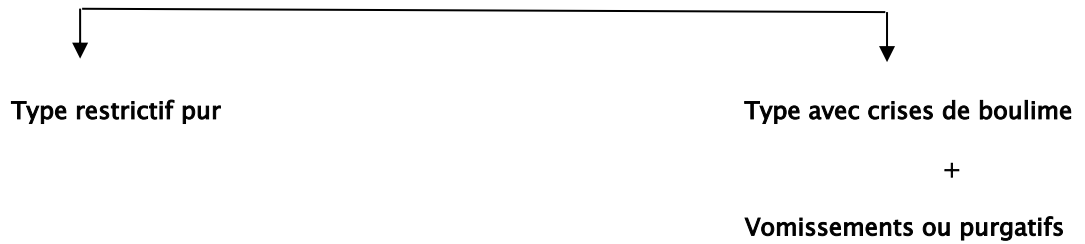


Tableau I : Evolution des critères diagnostics de l'anorexie mentale

DSM-IV-TR		DSM-V	
A	Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (i.e., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu).	A	Restriction alimentaire, conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique.
B	Peur intense de prendre du poids ou de devenir grosse, alors que le poids est inférieur à la normale.	B	Peur intense de prendre du poids ou de devenir grosse, ou comportements persistants allant à l'encontre de la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
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.	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 manque persistant de reconnaître la gravité relative à la maigreur actuelle.
D	Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins 3 cycles menstruels consécutifs.	2 SOUS - TYPE S	
2 SOUS S- TYP ES			
		Anorexie mentale restrictive.	
		Anorexie mentale boulimique avec purge.	
		Léger	IMC ≥ 17 kg/m ²
		Modéré	IMC 16-16,99 kg/m ²
		Sévère	IMC 15-15,99 kg/m ²
		Extrême	IMC < 15 kg/m ²
		En rémission partielle	
		En rémission complète	

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

b) Boulimie :

- Survenue récurrente de crises
 - Crise = Absorption ++ de nourriture, en un temps limité & sentiment de perte de contrôle
- Comportements compensatoires visant à prévenir la prise de poids (vomissements, laxatifs, jeûne, activité physique ...)
- Crises et comportements compensatoires surviennent au moins 1 / semaine sur une période de 3 mois (Contre 2 / semaine dans le DSM IV)
- Estime de soi influencée par le poids et la silhouette
- Le trouble peut apparaître même sans épisode d'anorexie mentale

Les sous-types :

- Type avec vomissements ou prise de purgatifs.
- Type sans vomissements ni purgatifs mais avec d'autres stratégies de contrôle du poids (jeûne, activité physique) qui étaient présents dans le DSM IV ont été supprimés dans la version V.

2. Critères diagnostiques selon CIM-10 (F 50.0) [23]

a) Anorexie mentale (F 50.2)

A. Perte de poids, ou, chez les enfants, incapacité à prendre du poids, conduisant à un poids inférieur à au moins 15% du poids normal ou escompté, compte tenu de l'âge et de la taille.

B. La perte de poids est provoquée par le sujet qui évite les aliments « qui font grossir ».

C. Perception de soi comme étant trop gros(se), avec peur intense de grossir, amenant le sujet à s'imposer un poids limite faible à ne pas dépasser.

D. Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophyséogonadique avec aménorrhée chez la femme et perte d'intérêt sexuel et de puissance érectile chez l'homme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister chez les femmes anorexiques sous thérapie hormonale de substitution, le plus souvent prise dans un but contraceptif).

E. Ne répond pas aux critères A ou B de la boulimie (F 50.2)

b) La boulimie (F 50.2)

A. Episodes répétés d'hyperphagie (au moins deux fois par semaine pendant une période d'au moins trois mois) avec consommation rapide de quantités importantes de nourriture en un temps limité.

B. Préoccupation persistante par le fait de manger, associée à un désir intense ou un besoin irrésistible de nourriture (craving).

C. Le sujet essaie de neutraliser la prise de poids liée à la nourriture, comme en témoigne la présence d'au moins l'une des manifestations suivantes :

(1) vomissements provoqués

(2) utilisation de laxatifs

(3) alternance avec des périodes de jeûne

(4) 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 à l'insuline.

D. Perception de soi comme étant trop gros(se), avec peur intense de grossir (entraînant habituellement un poids inférieur à la normale).

C/ Les outils de mesure des TCA :

Les instruments standardisés d'évaluation des TCA ont pour but principal de réduire la part de subjectivité inhérente à l'observation du patient par le psychiatre clinicien ou chercheur.

Le déni fréquent chez les sujets atteints de TCA rend l'évaluation standardisée encore plus complexe que pour d'autres troubles psychiatriques.

Dans le domaine de la recherche, il est nécessaire que les évaluations à l'aide de ces instruments se déroulent de la manière la plus rigoureuse et la plus similaire possible, alors que les cotateurs sont différents, au sein d'une même étude ou d'une étude à l'autre.

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Les instruments d'évaluation des TCA peuvent être utilisés pour différents objectifs :

- Dépistage des troubles alimentaires en population générale, l'instrument de dépistage doit alors être court, et avoir une sensibilité élevée.
- Recueil des critères, afin d'aboutir au diagnostic de TCA selon l'une ou l'autre des deux classifications internationales.
- Quantification des symptômes, afin de mesurer « l'intensité, la sévérité » du TCA.

Ces instruments d'évaluation des TCA se divisent en 3 groupes :

- Les entretiens structurés : Le cotateur pose les questions qui existent dans l'entretien, et établit ensuite la cotation des réponses du patient selon des consignes de cotation fournies avec l'entretien.
- Des échelles d'observation des conduites alimentaires du patient, par un cotateur.
- Des auto-questionnaires, où le patient répond seul (en suivant les instructions mentionnées au début du questionnaire) aux questions ou affirmations, soit selon un format dichotomique (vrai / faux, ou oui / non), ou de manière graduée, avec différents niveaux de réponse.

1. Eating Disorders Examination :

Le principal instrument diagnostique consacré uniquement aux TCA est l'Eating Disorders Examination (EDE), de Fairburn et Cooper (1993). Il a fait l'objet de nombreuses études de validation, est traduit en de nombreuses langues. Il est actuellement l'instrument qui sert de référence (le « gold standard ») pour le diagnostic de TCA. Il est sensible au changement, par exemple suite à la prise en charge du TCA.

Les réponses à l'EDE sont organisées en 4 sous-échelles :

- Restriction
- Préoccupations concernant l'alimentation
- Formes corporelles
- Poids

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Les principaux inconvénients de l'EDE (lié à son caractère très complet) sont la durée longue de passation (1 heure en moyenne) et la nécessité de formation et d'entraînement à sa passation.

L'EDE-Q est la forme auto-questionnaire (Fairburn et Beglin, 1994).

Il prend moins de 15 mn à remplir, mais pourrait surestimer certaines dimensions (comme souvent les auto-questionnaires) ; de plus, l'auto-évaluation des accès de boulimie s'avère plus complexe qu'une hétéro-évaluation.

2. Les Autres entretiens de diagnostic :

Parmi les entretiens structurés de diagnostic, la plupart ont été conçus pour diagnostiquer l'ensemble des troubles psychiatriques selon l'une ou l'autre des classifications.

Les plus utilisés (et permettant des diagnostics selon la CIM-10 et le DSM-IV-TR) sont :

- Le Diagnostic Interview Schedule (DIS)
- Le Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)
- Le Composite International Diagnostic Interview (CIDI)
- Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), version 4.1 et ultérieures.
- Le Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) est également très utilisé, mais il ne permet des diagnostics que selon la classification américaine DSM.

3. Le Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule:

Cette échelle d'hétéro-évaluation (Morgan, 1988) en 15 items est utilisée pour quantifier cinq dimensions :

- Les symptômes alimentaires
- Les règles
- L'état mental
- Le fonctionnement psycho-sexuel
- Le statut économique

Cet instrument est très utilisé pour l'évolution lors du suivi des patientes ayant un TCA.

4. Les Auto-questionnaires d'évaluation des TCA :

a. L'Eating Attitudes Test et l'Eating Disorder Inventory:

L'Eating Attitudes Test (EAT) de Garner et Garfinkel (1979) est l'instrument le plus utilisé pour mesurer la gravité de l'AM et son évolution.

La version initiale comprend 40 items (6 degrés de réponse allant de pas du tout / jamais à extrêmement / toujours) et peut être remplie en 10 minutes environ ; une version abrégée à 26 items peut être envisagée pour des objectifs de dépistage.

L'Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2), de Garner (1991), permet d'évaluer la symptomatologie et les attitudes associées aux TCA.

11 dimensions y sont répertoriées :

- Recherche de la minceur
- Boulimie
- Insatisfaction corporelle
- Inefficacité
- Perfectionnisme
- Méfiance interpersonnelle
- Conscience intéroceptive
- Peur de la maturité
- Ascétisme
- Contrôle des pulsions
- Insécurité sociale

Chacun des 91 items doit être coté par le sujet selon six degrés allant de « Jamais » à « toujours » ; l'auto-questionnaire est rempli en environ 20 minutes.

L'EAT et l'EDI-2 explorent tous deux les comportements alimentaires, sont simples d'utilisation, et évaluent les principales caractéristiques psychologiques et comportementales retrouvées chez les patients anorexiques et / ou boulimiques.

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Leurs qualités psychométriques ont été largement étudiées, y compris pour les versions plus récentes (EDI-2).

Les deux auto-questionnaires sont sensibles au changement.

Le score à ces auto-questionnaires peut être élevé si le sujet a un TCA avéré, mais aussi parfois chez les sujets indemnes (faux-positif).

A l'inverse, un patient ayant un fort déni de son AN, ou un patient ayant une BN et souhaitant dissimuler ses conduites boulimiques, peuvent avoir des scores dans les limites de la normale (faux-négatif).

b. Le Bulimia Test-Revised et le Bulimic Inventory Test of Edinburgh:

Deux auto-questionnaires évaluent spécifiquement les comportements boulimiques, et quantifient leur sévérité :

- ❖ Le Bulimia Test-Revised (BULIT-R), de Thelen (1991).

Cet auto-questionnaire de 28 items est utile pour diagnostiquer la boulimie, évaluer la sévérité des symptômes, et quantifier le devenir sous traitement. Le temps de passation est d'environ 10 minutes.

- ❖ Le Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE), de Henderson & Freeman (1987).

Cet auto-questionnaire en 33 questions peut être utilisé comme instrument de dépistage ou comme indice de la sévérité du trouble. Il comprend 2 sous-échelles :

- Une échelle de symptômes qui comptabilise le nombre de symptômes présents (30 items),
- Une échelle de sévérité (3 items) qui fournit une mesure d'intensité des accès de frénésie alimentaire (ou de purge). La temporalité pour les réponses est de 3 mois en cas de dépistage du trouble boulimique, ou seulement du dernier mois écoulé en cas d'évaluation de l'efficacité d'un traitement.

Ces 4 auto-questionnaires, EAT, EDI, BULIT-R et BITE, sont brefs, faciles à administrer, de cotation aisée, mais doivent être complétés par un entretien structuré parmi ceux cités plus haut

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

pour poser le diagnostic de TCA. Ils sont utiles en pratique clinique quotidienne, par exemple pour caractériser le profil d'un patient ou pour suivre son évolution au cours de la prise en charge.

Dans une perspective de recherche, ils sont utiles pour le dépistage des TCA en population non-clinique, et pour quantifier les dimensions décrites par ces auto-questionnaires.

5. Evaluation des TCA chez les enfants et les préadolescents

L'évaluation standardisée des TCA à début très précoce n'est possible que grâce à l'adaptation pour les enfants et préadolescents d'instruments destinés aux adultes, qui sont parfois traduits en français.

C'est le cas de la version enfant-préadolescent de l'EAT (EAT-Ch), auto-questionnaire destiné aux jeunes entre 8 et 13 ans. Cette version contient 26 items, et a été validée en population générale. Ses qualités métrologiques sont identiques à celles de l'EAT adultes.

MATERIEL ET

METHODES

I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique auprès des étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech (FMPM), durant l'année universitaire 2017-2018.

II. Population d'étude et méthode d'échantillonnage :

Nous avons effectué un recrutement prospectif auprès des étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech. Ce recrutement a été réalisé grâce à un échantillonnage de convenance.

✓ Critères d'inclusion :

Le choix s'est porté sur les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech de la 1^{ère} 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année.

✓ Critères d'exclusion :

- Les étudiants de la 7^{ème} et 8^{ème} année sont exclus en raison du stage interné en périphérie.
- Les étudiants qui ont refusé de remplir le questionnaire ou qui étaient absents au moment de la distribution des questionnaires.
- Les questionnaires mal ou incomplètement remplis.

III. Déroulement de l'enquête et recueil des données :

L'étude a duré six mois de Décembre 2017 à Avril 2018, dont six semaines pour réaliser l'enquête du 29 janvier 2018 au 12 mars 2018 auprès des étudiants de la FMPM.

Pour les étudiants de 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année, et avec l'accord préalable des chefs de services, plusieurs sessions ont été organisées au sein des services hospitaliers du CHU Mohamed VI ainsi que l'hôpital Ibn Nafis et l'hôpital militaire Avicenne.

Ces sessions ont permis de rassembler les étudiants de chaque service, dans leurs salles de tops afin de leur expliquer l'intérêt et le but de l'étude. Ensuite, les étudiants, ayant accepté de participer à l'enquête, ont reçu les questionnaires à remplir, tout en respectant leur anonymat. Ces

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

questionnaires, une fois remplis, ont été remis aux secrétaires de chaque service ou ramassé directement par les enquêteurs.

Pour les étudiants de la 1^{ère} et la 2^{ème} la passation des questionnaires a été faite à la salle de lecture et au hall des amphithéâtres au sein de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. Vu le caractère personnel de certaines questions de cette enquête, le questionnaire a été également mis à disposition sous format électronique afin de respecter la vie privée des étudiants, de favoriser leur sincérité et de diminuer le biais de non réponse.

IV. Les outils de mesure : (Annexe)

1- Le Questionnaire :

Notre travail a consisté en la passation d'un questionnaire qui évalue l'environnement éducatif par le questionnaire anonyme précisant les données suivantes :

a/ Les données sociodémographiques et économiques :

Ces données incluent l'âge, le sexe, le statut matrimonial, le nombre d'enfants, la fratrie, le niveau économique de la famille ou du ménage du sujet, ainsi que le niveau d'étude.

b/ Les données cliniques

Ces données incluent les antécédents médico-chirurgicaux et addictologiques personnels et familiaux du sujet, ainsi que le poids et la taille du sujet permettant de calculer son indice de masse corporelle (IMC). Le calcul de l'IMC se fait selon la formule suivante :

$$\text{IMC} = \text{Poids} / (\text{Taille})^2$$

Le poids étant en kilogrammes (Kg) et la taille en mètres (m).

Le tableau suivant résume les différents seuils permettant d'interpréter l'IMC selon l'OMS [24]

Tableau II : interprétation de l'IMC

IMC	Etat nutritionnel
< 16	Maigreur sévère
16 à 16,9	Maigreur modérée
17 à 18,4	Maigreur légère
18,5 à 24,9	Normal
25 à 29,9	Surpoids

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

30 à 34,9	Obésité grade I
35 à 39,9	Obésité grade II
> 40	Obésité grade III

Nous avons également exploré les moyens de contrôle de poids éventuellement utilisés par les sujets, et ce en proposant différents moyens à savoir le jeûne, le sport, les vomissements provoqués, les laxatifs, les coupe-faim, les diurétiques et une autre case restait ouverte pour d'autres propositions.

2- Le Questionnaire SCOFF

Le questionnaire SCOFF, dans sa version française validée est recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) [25]. Il est considéré comme un outil de dépistage des TCA, simple et efficace, particulièrement utilisé dans les populations estudiantines. [26-27]

Ainsi, l'étude de validation de la version française de ce questionnaire retrouvait une sensibilité à 94,6%, une spécificité à 94,8%, une valeur prédictive positive de 65% et négative de 99% [25].

Il s'agit d'un questionnaire en 5 items dont les questions portent sur les vomissements intentionnels (Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?) ; la perte de contrôle sur son alimentation (Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?) ; la perte de poids (Avez-vous perdu récemment plus de 6kg en 3 mois ?) ; l'insatisfaction corporelle (Pensez-vous que vous être gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?) et les pensées intrusives sur la nourriture (Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?).

Les réponses se font sur un mode dichotomique (oui/non) et deux réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA.

Les sujets à risque de TCA sont définis dans cette étude par un SCOFF positif.

3- Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)

Le questionnaire EDI-2 a été développé par (Garner et al). Dans l'optique que les troubles des conduites alimentaires (TCA) soient multidimensionnels.

Il s'agit d'une évaluation clinique du profil cognitif et comportemental des sujets concernant les conduites alimentaires ou les conduites associées. La validité de cet inventaire est excellente puisque toutes les échelles différencient les sujets avec des TCA des sujets contrôles. [28]

Il s'agit d'un questionnaire en 91 items, comprenant onze dimensions : recherche de la minceur, boulimie, insatisfaction par rapport à son corps, inefficacité, perfectionnisme, méfiance interpersonnelle, conscience intéroceptive, peur de la maturité, ascétisme, contrôle des pulsions et insécurité sociale. Nous en avons exploré quatre dans ce travail :

- La sous-échelle « Boulimie » permet d'explorer les cognitions et comportements relatifs à l'alimentation incontrôlée.
- La sous-échelle « Sentiment d'Inefficacité » met en évidence une faible estime de soi, et mesure les sentiments d'efficacité personnelle, de solitude, d'inadéquation et de manque de contrôle sur sa propre vie.
- La sous-échelle « Perfectionnisme » permet de relever les traits de perfectionnisme reliés aux troubles de conduite alimentaire.
- La sous-échelle « Insatisfaction Corporelle » mesure l'insatisfaction par rapport à la silhouette générale et à certaines zones spécifiques du corps qui constituent une préoccupation pour les sujets avec des comportements alimentaires perturbés.

Les réponses sont évaluées sur une échelle de 6 points qui est ensuite calculée sur une échelle de 4 points. Ainsi chaque item était évalué, en termes de fréquence du comportement ou de la pensée, de « Toujours » à « Jamais ».

Les items directs étaient cotés 3,2,1,0,0,0 et les items indirects étaient cotés 0,0,0,1,2,3 pour Toujours, En général, Souvent, Quelquefois, Rarement et Jamais respectivement.

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

L'EDI-2 permet de situer le sujet sur ces dimensions, et chaque échelle étant indépendante, le score global n'a pas besoin d'être calculé. Les sous-échelles sont cotées séparément et interprétées dans une optique dimensionnelle, ainsi plus les scores sont élevés plus les sujets s'approchent du pathologique et tendent vers les TCA.

4- MINI Anorexie et MINI Boulimie [22]

Le M.I.N.I. (DSM-IV-TR) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève, explorant de façon standardisée, les principaux Troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV-TR, y compris l'anorexie et la boulimie. Il existe par ailleurs une version arabe du Mini International Neuropsychiatric Interview ; la Moroccan Arab Version 5.0.0 a été inspirée de la version IV du DSM.

❖ **MINI anorexie** : il s'agit d'un ensemble de questions numérotés par ordre et nommés M1, M2, M3, M4, M5 et M6 et interprétés selon DSM-IV-TR de la façon suivante :

a. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum pour l'âge ou la taille → M1 ou M2

b. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, lorsque ce poids est inférieur à la normale → M3

c. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, ou influence excessive du poids ou de la forme sur l'estime de soi ou déni de la gravité de la maigreur actuelle → M5
(La présence d'au moins une réponse positive en M4)

d. Aménorrhée depuis 3 mois → M6

Conclure à un trouble des conduites alimentaires non spécifié si un de ces 4 critères manque.

❖ **MINI boulimie** : Ensemble de questions numérotées par ordre et nommées N1, N2, N3, N4, N5, N6 et N7 et interprétées selon les critères du DSM-IV-TR de la façon suivante :

A. Survenue récurrente de crises de boulimie. Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

(1) absorption, en une période de temps limitée (p. ex., 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 → N1

(2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex., sentiment 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) → N3

B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs ; diurétiques ; lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif → N4

C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois → N2

D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle → N5

E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale → N6 et N7

Conclure à un trouble des conduites alimentaires non spécifié si un de ces 5 critères manque.

5- HAD anxiété

Il s'agit d'un auto-questionnaire rempli par le patient.

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs.

Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D) permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

Pour dépister les symptômes anxieux et dépressifs, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine.

V. Consentement et aspect éthique :

Pour chaque étudiant enquêté nous avons expliqué la définition des TCA, le but de l'étude.

Un consentement verbal était suffisant pour démarrer l'étude.

VI. Traitement statistique

Les données ont été saisies et codées sur Excel 2016. Quant à L'analyse statistique, elle a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 19.0. L'analyse descriptive a consisté au calcul des fréquences absolues et relatives pour les variables qualitatives, et des paramètres de positionnement et de dispersion pour les variables quantitatives (moyenne, écart-type).

La distribution normale des variables a été étudiée par le test de Kolmogorov-Smirnov. En analyse bivariée, la comparaison des variables qualitatives a fait appel au test statistique de Chi2 de Pearson et celui de Fisher si nécessaire.

L'analyse multivariée par régression logistique binaire a été utilisée pour modéliser les facteurs prédictifs au TCA.

Cette méthode convient aux modèles dans lesquelles les variables sont dichotomiques, dans notre cas on se propose de prévoir la survenue d'un TCA en fonction de certaines valeurs ou d'un ensemble de variables explicatives/ Indépendante.

Ainsi, la variable d'intérêt était : TCA (présent/absent). Les variables dont l'association était significative au seuil de 20 % en analyse bivariée ont été incluses dans un modèle multivarié.

Les variables retenues dans le modèle final ont été sélectionnées en utilisant une méthode stepwise forward avec un seuil d'entrée à 0,2 et un seuil de sortie à 0,05.

Le test de Hosmer Lemeshow a été utilisé pour examiner la qualité du modèle final de régression logistique. Le seuil de significativité était retenu pour un $p < 0,05$.

RESULTATS

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Au terme de notre étude, 592 étudiants ont répondu à l'enquête, 67 questionnaires collectés ont été rejetés car incomplets ou mal remplis. Au total, 525 questionnaires exploitables ont été retenus durant l'enquête, soit un taux de réponse de 88,68 %.

A- Etude descriptive :

I- Profil des étudiants:

1/ Age :

Dans notre étude, l'âge des étudiants est réparti comme suit (Tableau III) (Figure 1).

L'âge moyen des étudiants était de 22,26 avec des extrêmes allant de 17 à 30 ans.

Tableau III : Répartition des étudiants selon l'âge

Âge	Effectif	Pourcentage
18 ans et moins	24	4,57%
19 ans	57	10,86%
20 ans	69	13,14%
21 ans	66	12,57%
22 ans	71	13,52%
23 ans	73	13,90%
24 ans et plus	165	31,43%

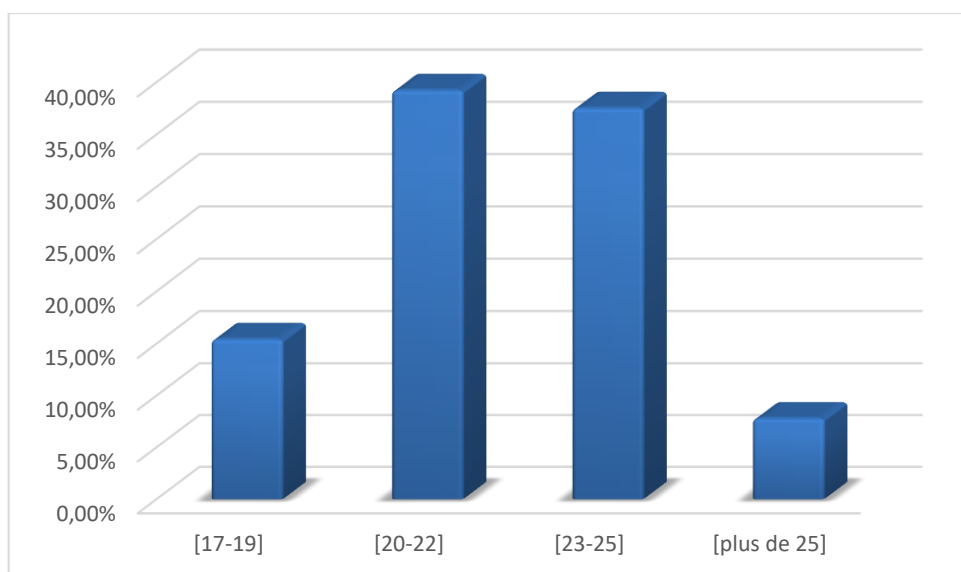


Figure 1 : Répartition des étudiants selon la tranche l'âge

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

2- Sexe :

Notre échantillon était constitué de 69,71% (366) de femmes et de 30,29% (159) d'hommes, ce qui représente un sexe ratio (H/F) de 0.46 (N=525) (Figure 2).

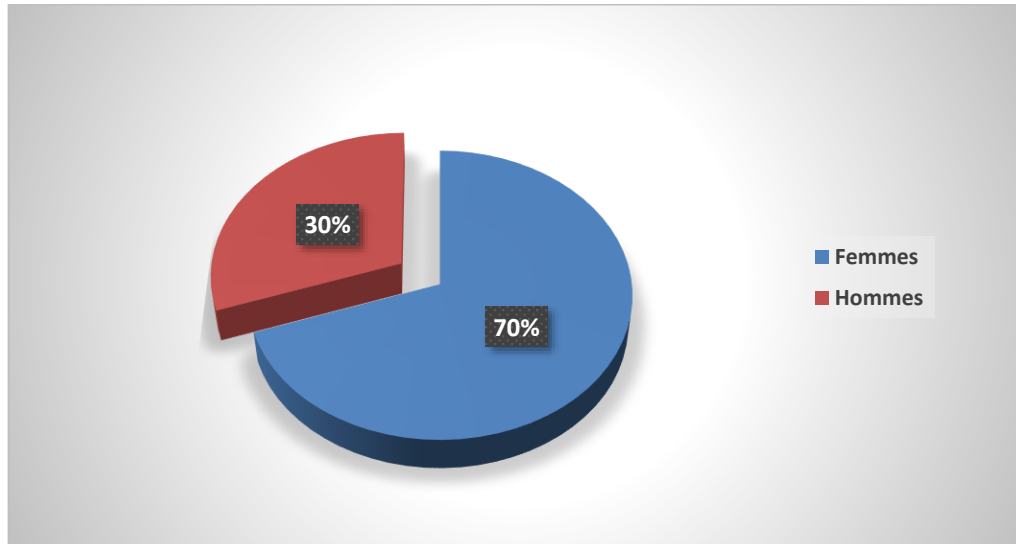


Figure 2 : Répartition des étudiants selon le sexe

3- Niveau d'étude :

L'étude de la répartition des étudiants selon leur année d'étude avait retrouvé un maximum de participation de la part des étudiants de la 5ème année à hauteur de 22% du total des répondants, et un minimum de la part des étudiants de 1ere année à hauteur de 10% du total des répondants. (N=525) (Tableau IV) (Figure 3)

Tableau IIV : Répartition des étudiants selon le niveau d'étude

Année	Effectif	Pourcentage
1ème	51	9,71%
2ème	63	12,00%
3ème	81	15,43%
4ème	110	20,95%
5ème	114	21,71%
6ème	106	20,19%

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

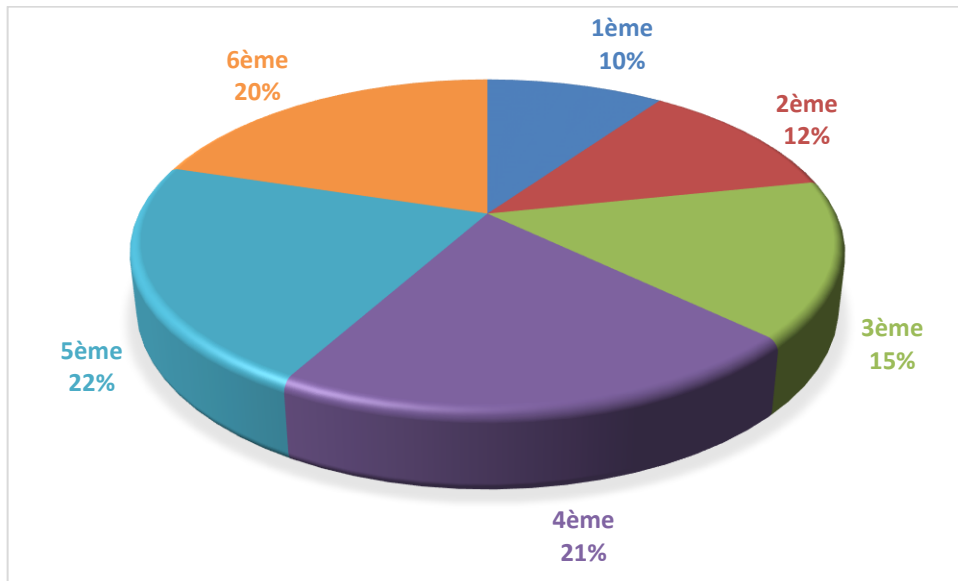


Figure 3 : Répartition en pourcentage des étudiants selon le niveau d'études

4- Niveau économique :

En ce qui concerne le niveau économique, la majorité (96%) ont un moyen niveau économique (Figure4).

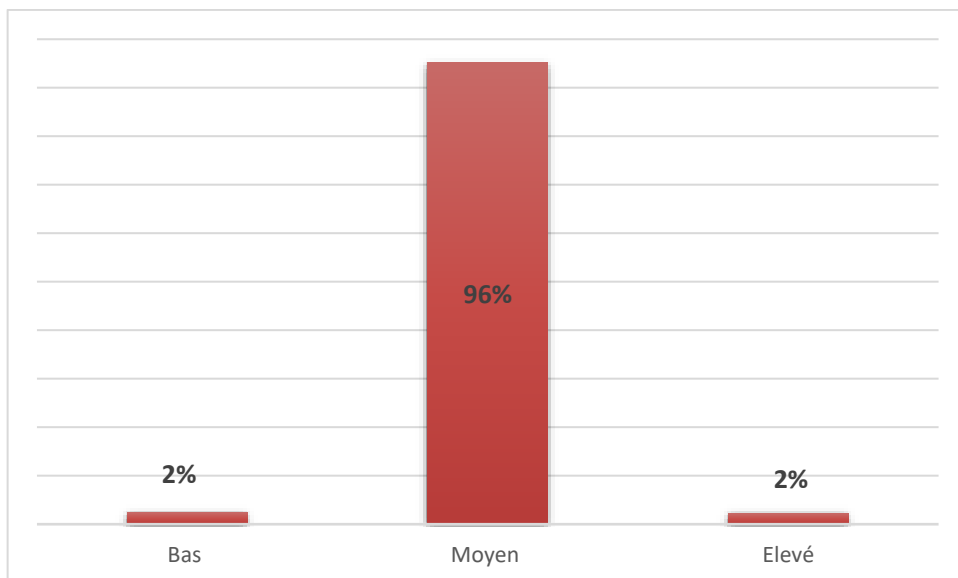


Figure 4 : Représentation du niveau socio-économique des étudiants

5- Fratrie : Nombre et rang

Pour ce qui est du nombre de la fratrie et de leur rang dans la fratrie, les étudiants étaient les aînés dans 36,8 %, avec une fratrie de 3 dans 31,0%

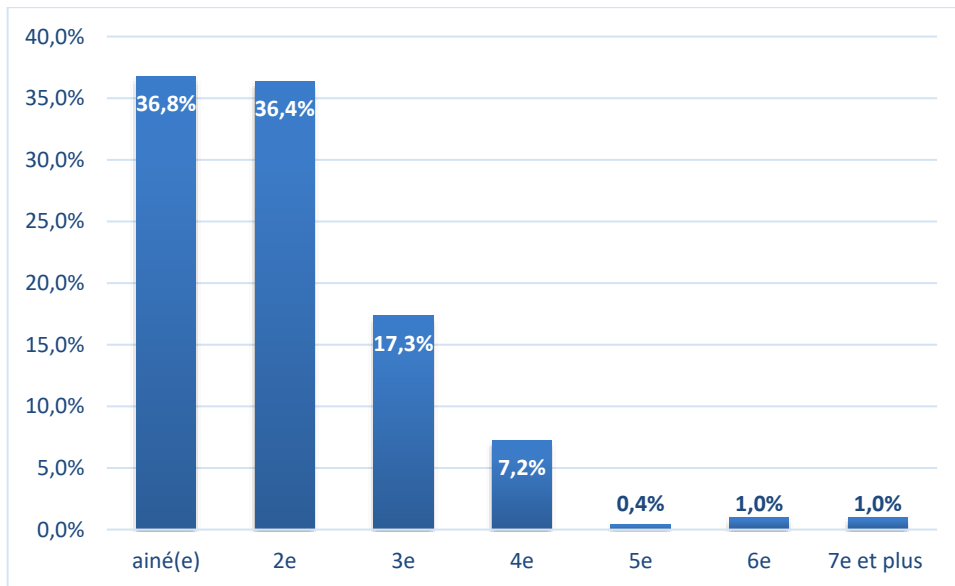


Figure 5: répartition en pourcentage des étudiants selon leur rang dans la fratrie

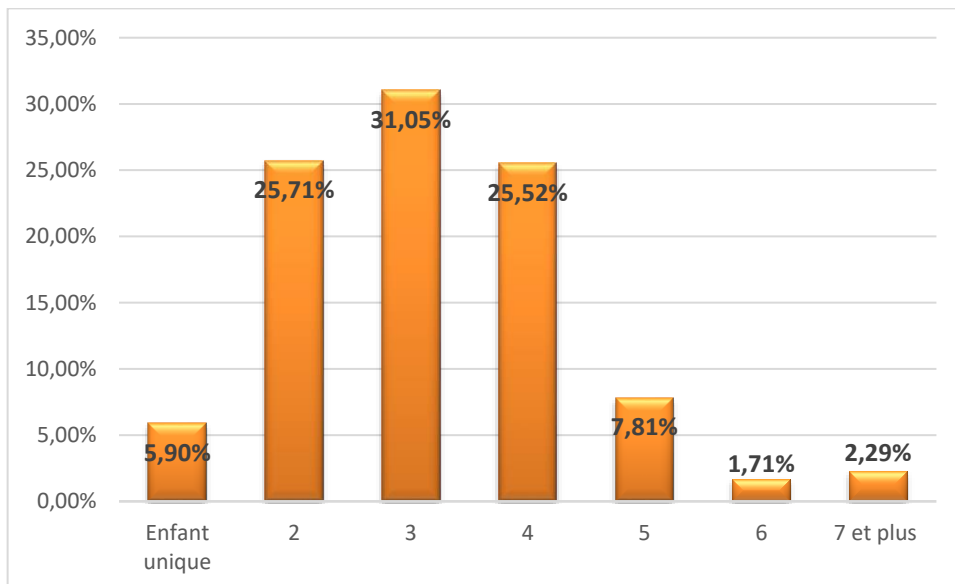


Figure 6 : Répartition en pourcentage des étudiants selon le nombre de leur fratrie

II- Données cliniques:

1/ Répartition selon les antécédents médico-chirurgicaux et addictologiques :

Au sein de notre échantillon, nous retrouvons trois cas de dépressions, trois cas de dyslipidémie à type d'hypercholestérolémie, deux cas d'hypothyroïdie et un cas de cholécystectomie. Mais nous ne retrouvons aucun sujet ayant un antécédent de diabète de type I ou II.

Concernant l'usage des substances :

Tabac :

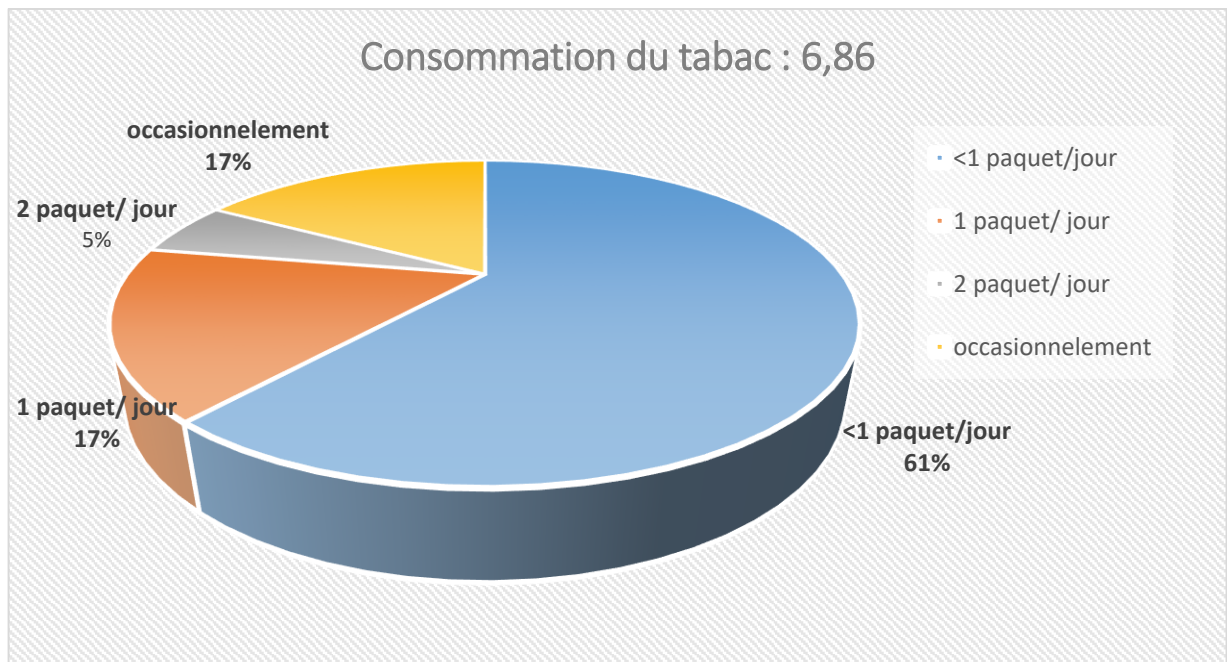


Figure 7 : Répartition des étudiants selon leur consommation de tabac.

Nous avons trouvé 6.86% de tabagiques dans notre population soit 36 étudiants dont 81% qui fument de façon régulière à savoir chaque jour (29 étudiants), 11% occasionnellement (4 étudiants) et 8% n'ont pas précisé («3 étudiants).

Cannabis :

Nous avons trouvé 0.95% de consommateurs de cannabis soit 5 étudiants dont 90% de façon régulière et 10% de façon occasionnelle (Figure).

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Alcool :

Notre étude retrouvait également 3.24% consommateurs d'alcool soit 17étudiants, 53% de façon régulière (9 étudiants), 35% de façon occasionnelle (6 étudiants) et 6% n'ont pas précisé (1 étudiant) (Figure8).

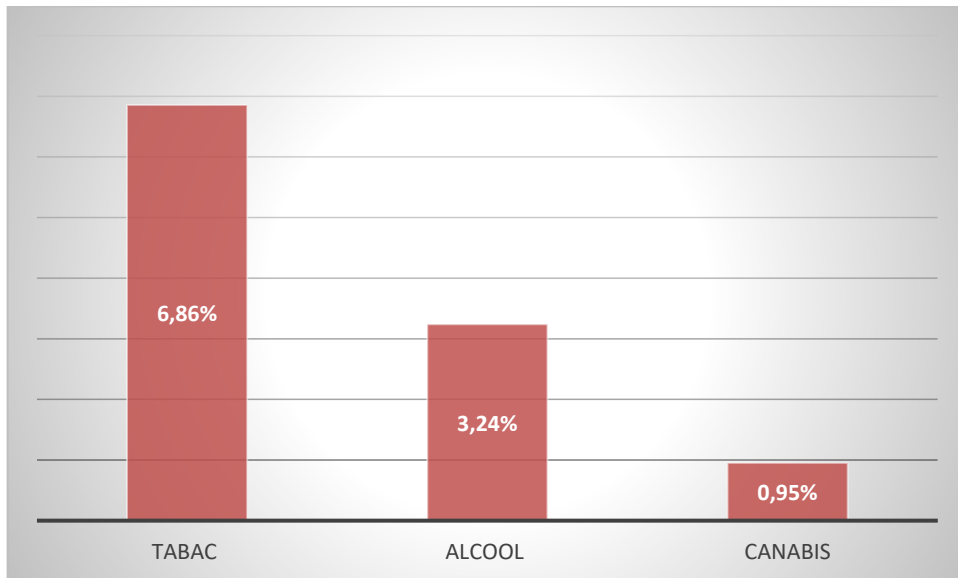


Figure 8: Représentation des étudiants selon leur usage de substances

2- Répartition selon l'IMC :

L'IMC moyen était de 22,93 Kg/m² [16,61 – 39,84] répartis comme sur le graphique (Figure9)

- Aucun cas d'obésité morbide
- Aucun cas de maigreur sévère

Les deux tiers de notre population présentent un IMC normal (66 %).

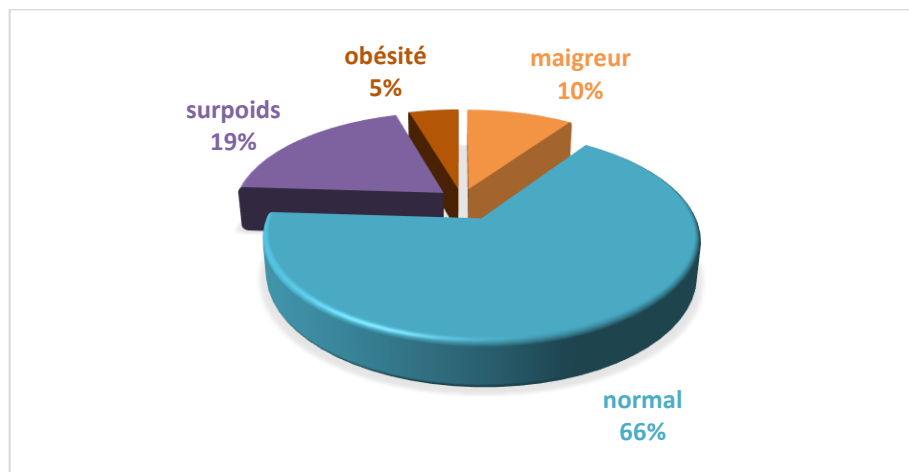


Figure 9 : IMC exprimé en pourcentage (N=525)

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

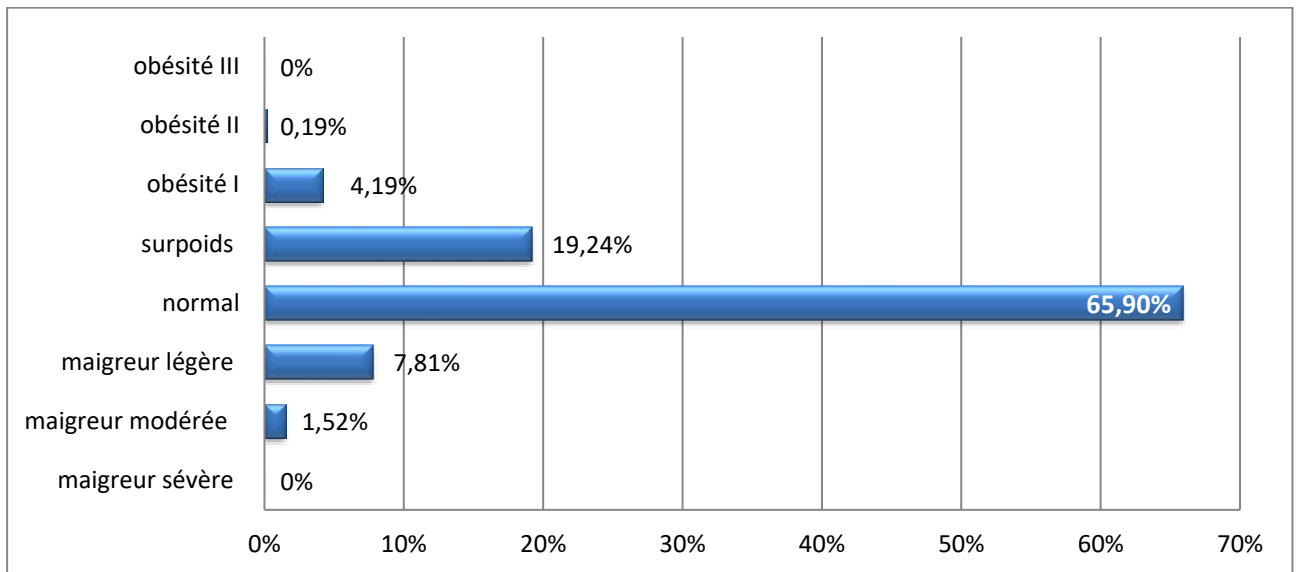


Figure 10 : IMC exprimé en pourcentage (N=525)

3- Répartition selon les moyens de contrôle du poids utilisés :

36.95% des étudiants ayant déclaré utiliser les moyens de contrôle de poids, soit 194 étudiants.

a- Régimes alimentaires :

Parmi les 65 étudiants ayant déclaré suivre un régime alimentaire, 38 l'adoptent comme moyen de contrôle du poids. 14 de ces derniers ont précisé la nature de leur régime. Le régime hyper protidique représente la moitié.

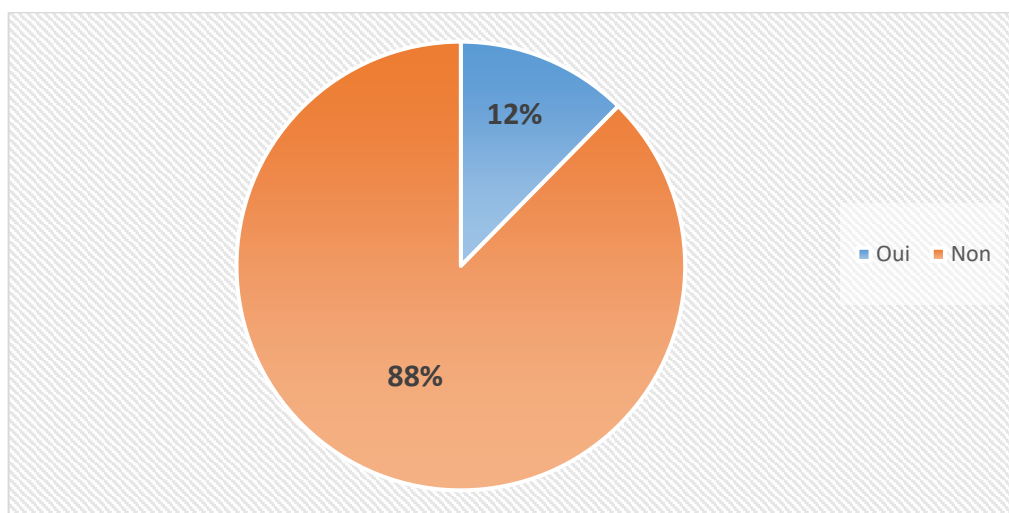


Figure 11: Pourcentage des étudiants suivant un régime alimentaire

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

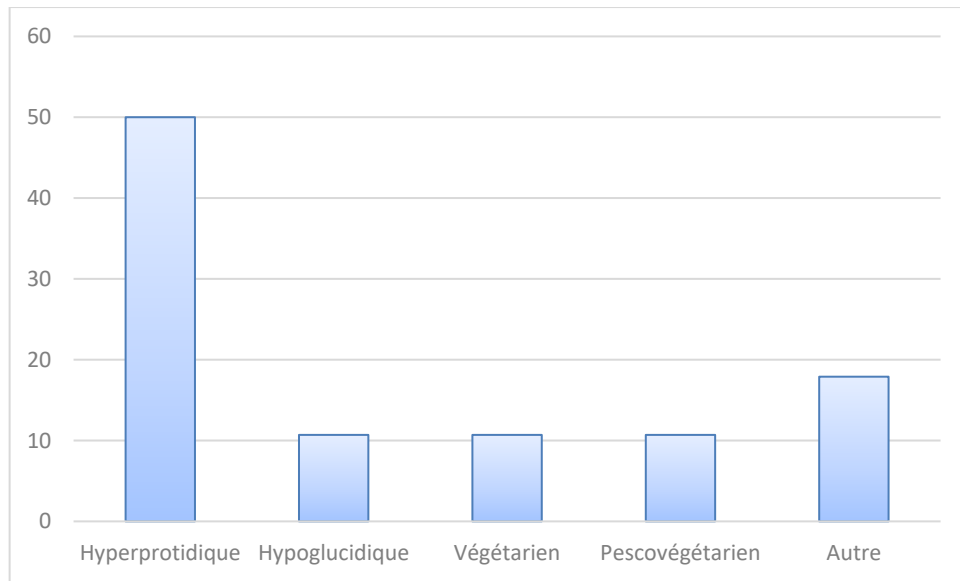


Figure 12: Répartition en pourcentage des étudiants selon le type de régime alimentaire utilisé.

b- Autres moyens de contrôle du poids :

Tableau V: Répartition des étudiants en pourcentage (%) selon les moyens de contrôle du poids utilisés

Moyen	Effectif	Pourcentage
jeûne	20	10,31%
sport	175	90,21%
laxatifs	7	3,61%
coupe faim	8	4,12%
vomissements	1	0,52%
diurétiques	0	0,00%

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

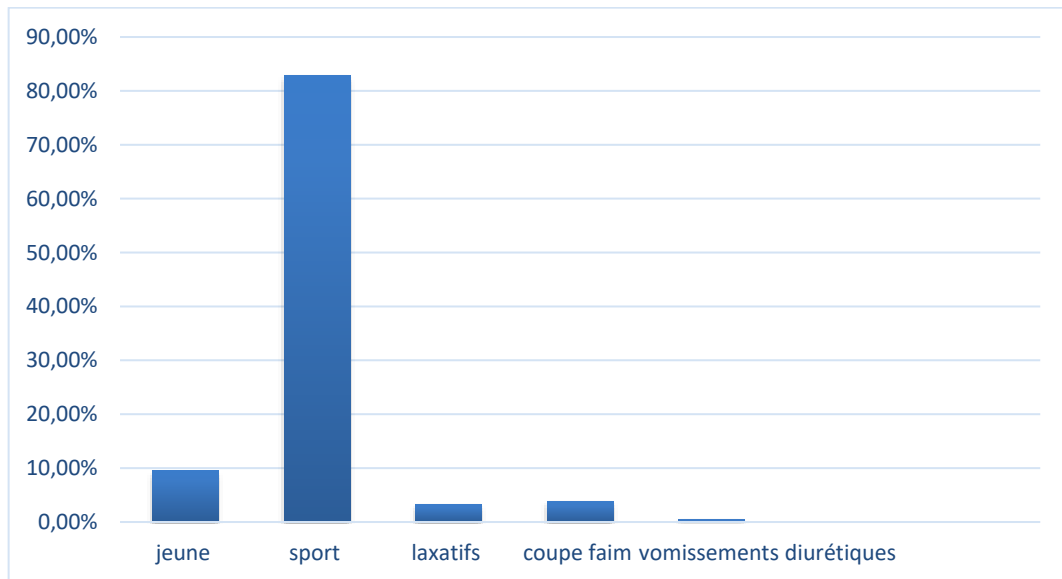


Figure 13: Répartition des étudiants en pourcentage (%) selon les moyens de contrôle du poids utilisés.

Parmi les sujets utilisant ces moyens de contrôle du poids (autres que le régime alimentaire), 90,21% utilisait le sport suivi par le jeûne (10,31%).

Nous n'avons trouvé aucun cas de contrôle par les diurétiques.

Concernant la case ouverte, trois étudiants affirment suivre un régime sans détailler leur réponse.

4- Prévalence de TCA :

Sur les 525 sujets questionnés, 525 ont rempli le questionnaire SCOFF de façon complète, soit 100% des étudiants. De ces étudiants, 154 ont répondu oui à au moins deux questions de ce questionnaire, ce qui représente 29,33%, avec 18,66% des répondants féminins et 10,66% des répondants.

Tableau VI: La prévalence de TCA chez les étudiants.

SCOFF -	SCOFF+
371 étudiants ont répondu (OUI) à une question ou (NON) à toutes les questions soit 70,67%	154 étudiants ont répondu (OUI) à au moins 2 questions

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

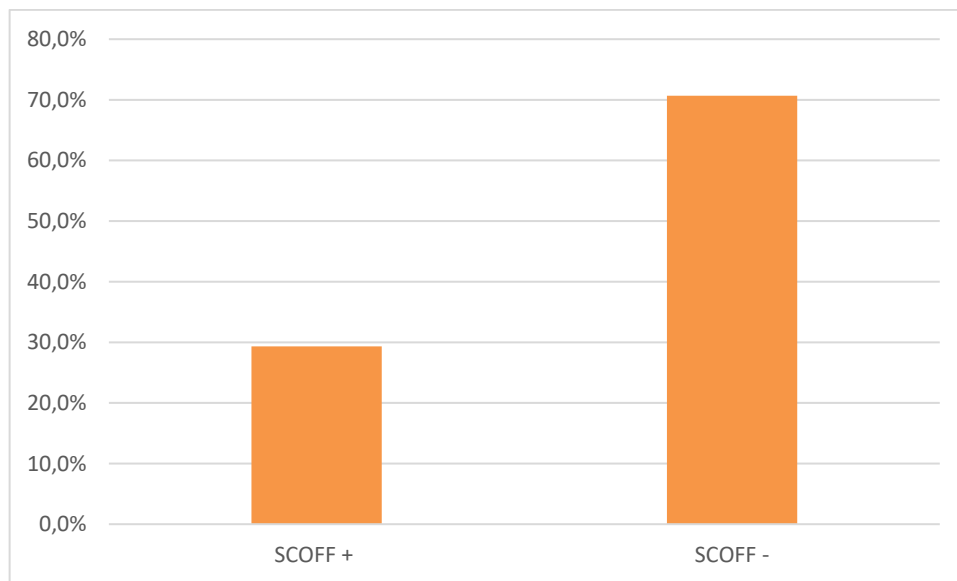


Figure 14: Répartition des étudiants en pourcentage (%) selon le risque de TCA

B- Etude analytique :

I- Analyse univariée :

1. SCOFF en fonction des données socio-économique :

Sexe :

Tableau VII: SCOFF en fonction du sexe.

			SCOFF		<i>p</i>
			TCA +	TCA -	
Sexe	F	Effectif	98	268	0,05
		%	26,8%	73,2%	
	M	Effectif	56	103	
		%	35,2%	64,8%	

Dans notre échantillon, nous avons observé une légère prédominance du sexe masculin à développer un TCA.

35,2 % chez les hommes contre 26,8 % chez les femmes ($p= 0,05$)

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Age :

Tableau VIII: SCOFF en fonction de l'âge.

	SCOFF	N	Moyenne	Ecart-type	<i>p</i>
Age	TCA +	154	22,31	2,273	0,80
	TCA -	371	22,25	2,515	

Le risque de développer un TCA au sein de l'échantillon étudié est indépendant de l'âge ($p=0,8$).

Nombre de fratrie :

Tableau IX : SCOFF en fonction de la fratrie

			SCOFF		<i>p</i>
			TCA +	TCA -	
Fratrie	<=3	Effectif	110	221	0,01
		%	33,2%	66,8%	
	4 et plus	Effectif	44	150	
		%	22,7%	77,3%	

Les étudiants, appartenant aux familles avec 3 enfants au plus, présentent plus de probabilité de développer un TCA, en comparaison avec les familles avec 4 enfants et plus, soit 33,2% contre 22,7% respectivement ($p=0,01$).

Rang dans fratrie :

Tableau X: SCOFF en fonction du rang dans la fratrie.

			SCOF		<i>p</i>
			TCA +	TCA -	
Rang fratrie	1,2,3	Effectif	146	331	0,043
		%	30,6%	69,4%	
	4 et plus	Effectif	8	40	
		%	16,7%	83,3%	

Les premiers nés sont significativement plus sujets aux troubles des conduites alimentaire ($p=0,043$) ; 30,6 % chez les 1e, 2e et 3e au sein des fratries.

Niveau d'études :

Tableau XI: SCOFF en fonction du niveau d'études.

			SCOFF		p
			TCA +	TCA -	
Niveau	1ER CYCLE	Effectif	36	78	0,55
		%	31,6%	68,4%	
	2EME CYCLE	Effectif	118	293	
		%	28,7%	71,3%	

Le tiers des étudiants du premier cycle sont plus à risque de développer un TCA par rapport aux étudiants du deuxième cycle (une différence toute fois non significative $p=0,55$).

IMC :

Tableau XII: SCOFF en fonction de l'IMC.

			SCOFF		p
			TCA +	TCA -	
IMC	<25	Effectif	112	282	0,43
		%	28,4%	71,6%	
	≥25	Effectif	42	89	
		%	32,1%	67,9%	

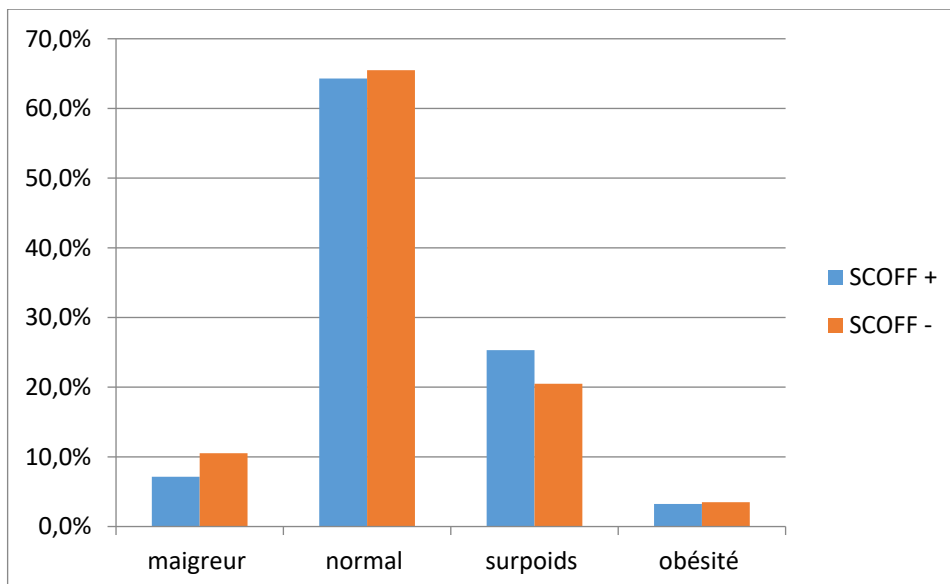


Figure 15 : SCOFF et IMC

Les TCA peuvent toucher des individus indépendamment de leur poids.

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Tabac :

Tableau XIII: SCOFF en fonction du tabac.

			SCOFF		<i>p</i>
			TCA +	TCA -	
TABAC	Non	Effectif	139	350	0,092
		%	28,4%	71,6%	
	Oui	Effectif	15	21	
		%	41,7%	58,3%	

Les tabagiques présentent plus de risque de développer un trouble face aux non-tabagiques (41,7% contre 28,4%).

Pareillement pour les consommateurs d'alcool ; 35,3 % contre 29,1%

Ces deux paramètres ne sont pas significatifs (respectivement $p = 0,092$ et $0,59$)

Niveau économique :

Tableau XIV: SCOFF en fonction du niveau économique

			SCOFF		<i>p</i>
			TCA +	TCA -	
Niveau économique	Bas	Effectif	5	15	0,52
		%	25,0%	75,0%	
	Moyen	Effectif	133	328	
		%	28,9%	71,1%	
	Elevé	Effectif	16	28	
		%	36,4%	63,6%	

Tout l'échantillon est touché, les TCA ne sont pas spécifiques à un niveau économique plutôt qu'à un autre. Toute fois plus le niveau économique augmente plus le risque de TCA croit.

Jeûne :

Tableau XV: SCOFF en fonction du jeûne.

			SCOFF		<i>p*</i>
			TCA +	TCA -	
Jeûne	Non	Effectif	137	368	0,00001
		%	27,1%	72,9%	
	Oui	Effectif	17	3	
		%	85,0%	15,0%	

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Sport :

Tableau XVI: SCOFF en fonction du sport

			SCOFF		p^*
			TCA +	TCA -	
Sport	Non	Effectif	10	343	0,00001
		%	2,8%	97,2%	
	Oui	Effectif	144	28	
		%	83,7%	16,3%	

Nous avons relevé un lien très significatif entre le sport et le jeûne (comme moyens de contrôle du poids), avec le risque de TCA ($p=0,00001$).

Le régime alimentaire :

Tableau XVII: SCOFF en fonction du régime

			SCOFF		p
			TCA +	TCA -	
Régime alimentaire	Non	Effectif	124	336	0,001
		%	27,0%	73,0%	
	Oui	Effectif	30	35	
		%	46,2%	53,8%	

Le TCA est lié à l'adoption d'un régime alimentaire. 46% sont à risque contre 27% ($p=0,001$).

Laxatifs :

Tableau XVIII: SCOFF en fonction de la prise de laxatifs

			SCOFF		p^*
			TCA +	TCA -	
Laxatifs	Non	Effectif	149	369	0,025
		%	28,8%	71,2%	
	Oui	Effectif	5	2	
		%	71,4%	28,6%	

* : Test exact de Fisher

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

L'utilisation de laxatifs est significativement liée au TCA ; 71,4 % des étudiants à risque adoptent ce moyen ($p=0,025$).

Coupes faim :

Tableau XIX: SCOFF en fonction des coupes faim

			SCOFF		p^*
			TCA +	TCA -	
coupe faim	Non	Effectif	151	366	0,69
		%	29,2%	70,8%	
	Oui	Effectif	3	5	
		%	37,5%	62,5%	

* : Test exact de Fisher

Le lien entre les TCA et les coupes faim n'est pas significatif ($p=0,69$).

L'anxiété :

Tableau XX: SCOFF en fonction de l'anxiété.

	SCOFF	N	Moyenne	Ecart-type	p
Anxiété	TCA +	154	7,54	2,665	0,73
	TCA -	370	7,46	2,247	

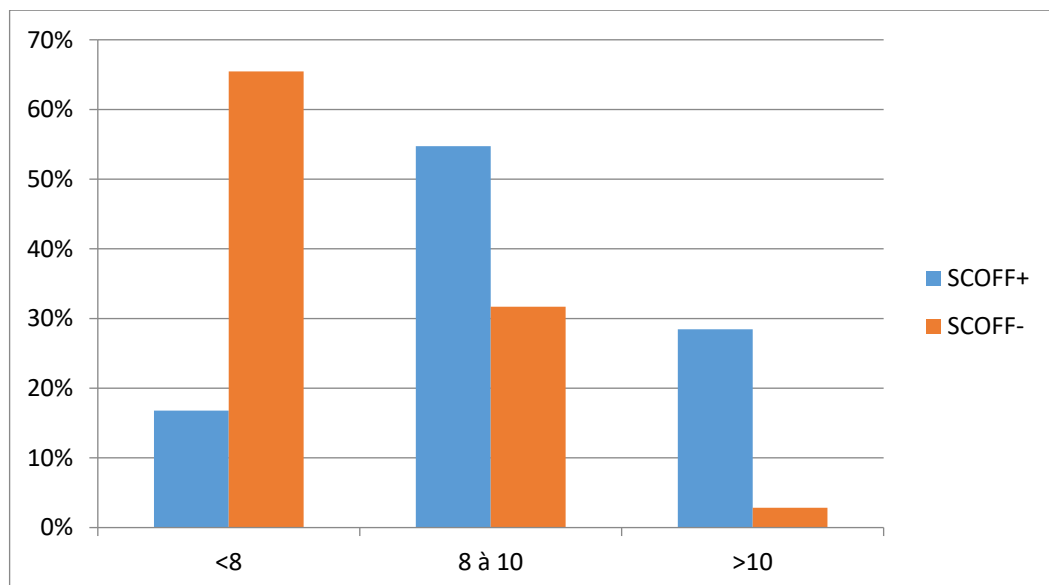


Figure 16 : SCOFF et anxiété

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Notre étude n'a pas relevé de lien significatif entre l'anxiété et le risque de développer des troubles des conduites alimentaires au sein de notre échantillon.

MINI-boulimie :

Tableau XXI: SCOFF et MINI-boulimie

	SCOFF	N	Moyenne	Ecart-type	p
MINI-boulimie	TCA +	154	1,08	1,668	0,046
	TCA -	371	0,86	1,447	

Un lien significatif $p=0,046$ a été établi entre le risque de TCA et le score de MINI-boulimie.

II- Analyse multivariée :

Tableau XXII: Facteurs associés de façon significative au risque de TCA.

	β	Wald	ddl	p	OR	IC pour OR 95%	
						Inférieur	Supérieur
Sexe	0,966	4,517	1	0,034	2,62	1,07	6,40
Rang fratrie	2,428	16,473	1	0,00011	11,33	3,51	36,62
Jeune	5,002	21,059	1	0,00010	14,66	11,55	58,82
Sport	6,356	125,940	1	0,00003	57,20	39,86	98,65
Laxatifs	4,677	17,170	1	0,00012	10,49	7,76	18,32
Score inefficacité	0,069	4,011	1	0,045	1,071	1,00	1,14

β : Bêta constante, χ^2 : Wald, p: degré de signification du test de Wald, OR: Odds Ratio: rapport de côte, IC: intervalle de confiance ; * : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

Nous avons relevé que les éléments ci-dessus ont une forte corrélation avec le TCA, en premier lieu les moyens de contrôle du poids; notamment le sport et le jeune ; 57 et 15 fois plus de risque de développer un TCA chez les étudiants adoptant ces moyens. Mais également le sexe ($p=0,034$), le rang de la fratrie et l'inefficacité.

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Tableau XXIII: L'évaluation de l'EDI-2 en fonction du sexe.

	SEXE	N	Moyenne	E.T	<i>p</i>
Score dimension boulimique	H	159	2,87	3,245	0,38
	F	366	3,20	4,225	
Score Insatisfaction par rapport à son corps	H	159	3,55	5,104	0,001
	F	366	5,28	6,108	
Score inefficacité	H	159	2,65	5,245	0,004
	F	366	4,15	5,818	
Score perfectionnisme	H	159	9,56	4,351	0,24
	F	366	9,80	4,305	

Nous notons dans le tableau ci-dessus une nette corrélation entre l'insatisfaction et l'inefficacité d'une part et le risque de développer un TCA d'autre part avec une moyenne plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Tableau XXIV: Le niveau économique en fonction de l'anxiété et l'EDI-2

	NE	N	Moyenne	ET	Min	Max	<i>p</i>
Anxiété	Bas	19	7,58	1,774	5	12	0,64
	Moyen	461	7,45	2,379	0	17	
	Elevé	44	7,80	2,575	3	16	
Score dimension boulimique	Bas	20	5,60	4,604	0	13	0,012
	Moyen	461	2,96	3,899	0	18	
	Elevé	44	3,41	3,914	0	12	
Score Insatisfaction par rapport à son corps	Bas	20	3,40	3,033	0	9	0,22
	Moyen	461	4,70	5,775	0	24	
	Elevé	44	5,98	7,544	0	26	
Score inefficacité	Bas	20	6,85	8,713	0	24	0,038
	Moyen	461	3,54	5,477	0	24	
	Elevé	44	3,86	5,905	0	24	
Score perfectionnisme	Bas	20	10,70	5,555	3	18	0,075
	Moyen	461	9,57	4,296	0	18	
	Elevé	44	10,95	3,698	3	17	

Le niveau économique est significativement corrélé au sentiment d'inefficacité et au score dimension boulimique avec respectivement $p = 0,038$ et $p = 0,012$. Nous avons enregistré les moyennes les plus importantes chez les étudiants du niveau économique « bas ».

Tableau XXV: Facteurs associés de façon significative à l'anorexie mentale

	Anorexie Mentale	N	Moyenne	ET	p
Age	AM	6	20,67	1,506	0,046
	NON SPECIFIQUE	519	22,28	2,448	
Fratric	AM	6	2,33	0,816	0,049
	NON SPECIFIQUE	519	3,17	1,232	
IMC	AM	6	24,72	1,73	0,047
	NON SPECIFIQUE	519	22,90	3,44	
Anxiété	AM	6	7,50	1,225	0,98
	NON SPECIFIQUE	518	7,48	2,386	
Score dimension boulimique	AM	6	2,00	2,191	0,49
	NON SPECIFIQUE	519	3,11	3,969	
Score Insatisfaction par rapport à son corps	AM	6	6,50	3,834	0,46
	NON SPECIFIQUE	519	4,74	5,891	
Score inefficacité	AM	6	3,00	3,286	0,76
	NON SPECIFIQUE	519	3,71	5,711	
Score perfectionnisme	AM	6	11,00	1,095	0,033
	NON SPECIFIQUE	519	9,71	4,338	

Nous relevons d'après les éléments ci-dessus, les résultats suivants :

- La présence de six cas d'anorexie mentale.
- Plus l'âge augmente moins il y a risque de développer une anorexie mentale (AM) ($p=0,046$).
- Existence d'un lien significatif entre la fratrie et le risque d'AM. ($p=0,049$)
- L'AM est très corrélée au score de perfectionnisme et un IMC élevé avec respectivement $p=0,033$ et $p=0,047$.

Tableau XXVI: Facteurs associés à la boulimie

	Boulimie	N	Moyenne	Ecart-type	p
Age	Non spécifique	519	22,23	2,428	0,004
	Boulimie	6	25,40	2,408	
Fratrie	Non spécifique	519	3,15	1,230	0,65
	Boulimie	6	3,40	1,342	
IMC	Non spécifique	519	22,89	3,43	0,011
	Boulimie	6	26,81	1,79	
Anxiété	Non spécifique	519	7,47	2,354	0,21
	Boulimie	6	8,80	4,207	
Score dimension boulimique	Non spécifique	519	3,04	3,913	0,0001
	Boulimie	6	9,20	3,834	
score Insatisfaction par rapport à son corps	Non spécifique	519	4,75	5,897	0,23
	Boulimie	6	5,80	1,643	
score inefficacité	Non spécifique	519	3,71	5,713	0,14
	Boulimie	6	2,80	1,095	
score perfectionnisme	Non spécifique	519	9,73	4,337	0,15
	Boulimie	6	10,00	5,000	

Nous relevons d'après les éléments ci-dessous, les résultats suivants :

- La présence de six cas de boulimie.
- La dimension boulimique de l'EDI-2 est l'élément le plus important ($p=0,0001$) suivi par l'âge ($p=0,004$) et l'IMC ($p=0,011$).
- Comme pour l'anorexie mentale, plus l'âge est bas plus le risque de développer une boulimie est élevé.

DISCUSSION

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

L'objectif de notre étude était de déterminer la prévalence des troubles de l'alimentation et l'association entre les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, niveau socio-économique...), l'anxiété, les cognitions et comportements liés aux troubles des conduites alimentaires parmi les étudiants de médecine de Marrakech.

Ainsi, divers groupes non-cliniques ont attiré l'attention par le nombre important de formes borderline des TCA et sont considérés comme des sujets à risque : les étudiants de façon générale et particulièrement en médecine mais aussi en diététique, les personnes qui évoluent au sein d'environnements spécifiques notamment ceux liés à ; la pratique d'un sport esthétique (la danse, la gymnastique ...), l'athlétisme, ou encore les milieux de la mode (les mannequins). [29-30-31]

En ce qui concerne les méthodes d'évaluation, de dépistage et de diagnostic, elles diffèrent d'une étude à l'autre ce qui rend les résultats très variables et difficiles à comparer. Ces critères diagnostiques sont d'autant plus problématiques si l'on veut identifier des troubles précoces ou des formes sub-syndromiques.

Une synthèse de différentes études publiées suggère que les prévalences de l'anorexie mentale et de la boulimie seraient d'environ 0,3 % et 1 % respectivement, en population générale dans les pays occidentaux. Les formes partielles auraient des taux de prévalence de cinq à dix fois supérieurs. L'anorexie mentale et la boulimie ne représenteraient qu'à peine 10 et 20 %, respectivement, de l'ensemble des TCA. [32,33,34,35]

Au terme de notre étude, le risque de TCA évalué par le SCOFF s'élevait à 29,3 % (soit 154) des futurs médecins étudiés ; 94,8 % d'entre eux déclarent utiliser le sport comme stratégie de contrôle du poids et 5,8% utilisent des moyens qui peuvent constituer une menace pour leur santé (laxatifs, coupe faim et vomissements provoqués). Bien qu'actuellement de plus en plus d'études traitent les TCA chez la population de sexe masculin, les informations fournies restent très maigres, notre étude pour sa part s'intéresse aux deux sexes, et d'une part retrouve un risque de TCA chez 35,2 % des sujets masculins contre 26,8% chez les femmes ($p=0,05$). Ces résultats contrastent ainsi avec la prédominance féminine classique. Et d'autre part une différence significative dans les

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

moyens de contrôle de poids utilisés notamment les vomissements provoqués et les laxatifs ; ces stratégies ne sont suivies que par les étudiantes. [36]

Ces résultats rejoignent ceux de la littérature où environ 20% des adolescentes et des jeunes femmes ont des troubles alimentaires sub-cliniques caractérisés par des comportements boulimiques tels que crises de boulimie, vomissements provoqués ou régimes alimentaires douteux [37-38].

Une étude descriptive a été menée auprès de 435 étudiants en médecine de Karachi. Selon EAT-26, 22,75% des individus étaient à haut risque de troubles de l'alimentation, avec 87,9% de femmes et 12,1% de hommes. Cependant, selon le questionnaire SCOFF, 17% des individus étaient à haut risque, avec 78,4% de femmes et 21,6% d'hommes. D'autre part le calcul de l'IMC, présentait une insuffisance pondérale sévère chez 9 %, 41,4% une insuffisance pondérale, 41,1% une normale, 7,6% une surcharge pondérale et 0,9% appartenaient à la classe 1 de l'obésité. Notre étude au contraire n'a retrouvé aucun cas d'obésité morbide ou d'anorexie sévère.

Une fraction significative des étudiants en médecine à Karachi sont à haut risque de développer des troubles de l'alimentation, les femmes étant plus à risque. [39]

Une étude transversale en Malaisie menée en 2017 auprès de 320 étudiants en troisième, quatrième et cinquième années à la faculté de médecine privée : Melaka Manipal Medical College, évalués à l'aide de questionnaires auto-administrés comprenant des données sociodémographiques. En ce qui concerne EAT-26, 11,0% des étudiants en médecine présentaient un risque de développer un trouble de l'alimentation dont 25% ayant un IMC > 35 avaient 3,9 fois plus de risques de développer un trouble alimentaire (IC 95%: 1,4 – 10,9). Une association significative a été établie entre ceux ayant une relation sociale insatisfaisante avec leurs amis et leurs pairs et le risque de développer des TCA (OR 3,9, IC 95% 1,4 – 10,9– 5,9, p valeur 0,035). La majorité des étudiants de premier cycle en médecine étaient stressés et avaient plus de risque de développer des troubles des conduites alimentaires, ce qui conforte nos résultats (32% des étudiants du 1^{er} cycle). [40]

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

En France, dans une enquête sur 795 jeunes, 18% des filles avaient des conduites de jeûne, 4% des garçons et 11% des filles des vomissements et des abus de laxatifs ou de diurétiques. [41]

Une étude descriptive chez 3344 étudiants américains concernant le dépistage des sujets à risque de troubles des conduites alimentaires a montré que 13% des étudiantes de première année universitaire recourent « par moments » à des vomissements provoqués et à la consommation de laxatifs ou de « coupe-faim » afin de contrôler leur poids. [42]

Une importante étude épidémiologique en Haute-Normandie, 2009-2011, concernant la prévalence des troubles des conduites alimentaire et facteurs de risques associés chez les étudiants à l'université a trouvé sur un échantillon de 1367 étudiantes de première année que 3% utilisent des laxatifs ou des diurétiques et 5% se font vomir. [43]

Concernant les étudiants masculins, des études soulignent qu'entre 5% et 15% d'entre eux se font vomir et 6% utilisent des laxatifs. [44-45]

L'étude que nous avons menée a mis en évidence des pourcentages moins importants, soient ; 10% adoptaient le jeûne comme moyen de contrôle du poids, 4,12% les coupes faim, 3,6% les laxatifs et 0,52% les vomissements provoqués.

L'intérêt porté à l'étude des troubles des conduites alimentaire soulignent l'importance de traiter les formes sub-syndromiques qui sont en augmentation, et de dépister les sujets à risque en vue de permettre une prise en charge plus adéquate [46], d'autant plus que dans notre travail, nous avons décelé une forte corrélation entre l'utilisation de moyens de contrôle du poids et le risque de TCA et ce particulièrement pour le sport, les régimes alimentaires, le jeûne, les vomissements provoqués et les coupe-faim.

L'une des rares études brésiliennes qui se sont penchées sur le comportement alimentaire d'un échantillon final comprenant 202 étudiantes en médecine ayant un âge moyen de 21,8 (2,8) ans et un IMC de 22,2 (3,3) kg / m². En croisant les outils de dépistage épidémiologique des troubles des conduites alimentaire et la satisfaction par rapport à l'image corporelle, l'étude a conclu que le

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

désir de perdre du poids et les signes anormaux de comportement alimentaire peuvent être de possibles prédicteurs du risque de développer des TCA. Ces éléments rejoignent ainsi les résultats auxquels notre étude a abouti.

Bien que 78,7% des étudiants aient présenté un IMC normal, 66,5% d'entre eux ont exprimé un désir de perdre du poids (22% souhaitent perdre jusqu'à 2 kg et 44,5% veulent perdre plus de 2 kg). La différence moyenne entre le poids réel et le poids souhaité rapporté par les étudiants était de $-3,3$ ($-6,1$) kg.

La prévalence de l'insatisfaction par rapport à l'image corporelle motive les pratiques alimentaires inadéquates et la sévérité des symptômes de dysfonction alimentaire chez les étudiantes en médecine. Cette prévalence (en utilisant les classifications EAT26 et BITE) était statistiquement significative ($p < 0,001$) avec un coefficient de corrélation de 0,48. Le même constat peut être fait à partir de nos résultats. [1]

Une étude iranienne de 2016 réalisée auprès de 430 étudiants de Tabriz, a trouvé les résultats suivants : la majorité des étudiants (68%) étaient des femmes. Le risque global de troubles alimentaires était de 9,5% (7,5 et 10,5% chez les hommes et les femmes, respectivement). De plus, la prévalence d'image corporelle médiocre et de faible estime de soi étaient de 34,2% et 16%, respectivement. Aucune différence entre les sexes n'était statistiquement significative ($p > 0,05$). Dans la régression logistique simple, il y avait des associations significatives entre l'estime de soi, l'image corporelle, l'éducation des parents et le risque de troubles alimentaires ($p < 0,025$). Mais, après ajustement pour le sexe, l'âge, l'indice de masse corporelle (IMC) et l'état matrimonial, seuls l'estime de soi (OR = 0,37, 95% = 0,16-0,87) et le niveau d'éducation de la mère (OR = 2,78, 95% = 1,30-5,93) étaient des prédicteurs du risque de troubles alimentaires. [47]

Au niveau national et régional, aussi bien dans les différents CHU du Maroc que du reste du Maghreb, les études visant à rechercher la prévalence des TCA restent peu nombreuses.

Un travail utilisant le questionnaire BITE, a été effectué au CHU de Marrakech chez 480 étudiantes universitaires dans quatre facultés : la faculté de médecine et de pharmacie, celles des sciences, des lettres, de droit et l'école nationale des sciences appliquées. Cette étude a retrouvé une prévalence de la boulimie de 4 % et du comportement alimentaire inhabituel (CAI) de 32,2 %.

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

L'âge moyen des étudiantes questionnées était de 21,41 ans avec des extrêmes allant de 17 à 30 ans, ce qui concorde bien avec notre population en ce qui concerne l'âge mais l'étude ne concernait que le sexe féminin. Toutefois, ce travail retrouve un taux de CAI était plus fréquent chez les étudiantes de la faculté de médecine (43,48 %), ce qui est un point important à souligner [48].

Une autre étude de Casablanca, chez 260 étudiants de médecine et de pharmacie (d'âge moyen de 21 ans), a retrouvé une prévalence des TCA de 6%, sans corrélation avec le sexe, mais avec une corrélation avec l'âge. [49]

Une étude transversale, descriptive et analytique, a été réalisée auprès de 60 étudiants en premier et deuxième cycle à la faculté de médecine de Sfax en Tunisie.

L'indice de masse corporelle moyen était de 22,35, Une instabilité pondérale a été relevée chez 67%. 65% des étudiants essayaient de contrôler leur poids par différentes méthodes. Aucun ne recourait aux laxatifs et 48% ont déclaré être insatisfaits de leur forme corporelle. [50]

Contrastant avec les données classiques de la littérature et rejoignant les notre; une étude effectuée en 2017 auprès de 193 étudiants en médecine de Patil Medical College en Inde a relevé un risque plus élevé de développer des troubles alimentaires chez les étudiants de sexe masculin qui avaient un IMC plus élevé avec une insatisfaction de l'image corporelle. Cette étude a mis en évidence la vulnérabilité des étudiants masculins. [51]

Selon certains auteurs, les troubles alimentaires se situeraient sur un continuum, et les troubles infra-cliniques diffèreraient donc des TCA avérés en termes de degré [52–53]. Pour d'autres auteurs, les sujets avec des pathologies avérées et ceux avec des syndromes partiels sont distincts. [46,54]

Par ailleurs, les sujets en surpoids et obèses sont portés à avoir des cognitions et des comportements de contrôle de leur poids en comparaison avec les sujets normopondérés [55,56,57,58]. Ceci conforte les résultats de notre travail où l'augmentation de l'IMC était reliée à l'utilisation de stratégies restrictives de contrôle de poids (régimes alimentaires, jeûne et coupe-faim).

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Tableau XXVII: Comparaison des études faites au niveau national concernant TCA

Étude	Population	Moyenne d'âge	Outils	Prévalence et facteurs associés
Ghazal et al. Casablanca	2044 lycéens	18	BITE	Boulimie: 0,8% Sexe féminin
Manaf et al. Casablanca	260 étudiants de médecine et de pharmacie	21	EAT 40	Boulimie: 6%
Manoudi et al. Marrakech	480 étudiantes de 4 facultés	21	BITE	Boulimie: 4% CAI: 63,8 %
RAMMOUZ et al. Fès	720 étudiants en médecine	21	SCOFF MINI	Sujets à risque de TCA: 32,8% Boulimie: 2,1% Anorexie: 0,4 %
Notre étude Marrakech	525 étudiants en médecine	22	SCOFF MINI	Sujets à risque de TCA : 29,3% Boulimie :1,14% Anorexie :1,14%

De nombreuses données de la littérature confirment l'étroite relation entre l'image du corps et les conduites alimentaires. Une image défavorable du corps fait partie du tableau clinique des sujets atteints de formes sub-syndromiques des TCA et des critères diagnostiques de l'anorexie mentale. [59]

Des études soulignent que 25 à 40% des étudiantes ont des préoccupations quant à leur image du corps, une volonté de contrôler leur poids avec une absence de contrôle de leur consommation alimentaire. [60-61]

Une étude française portant sur 104 étudiantes montre que 34,6% d'entre elles déclarent que l'opinion et l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes sont largement influencées par leur poids et leurs formes corporelles. [62]

Deux études longitudinales, l'une d'une durée de 3 ans menée sur 118 étudiantes et l'autre de 6 mois menée auprès de 415 étudiantes montrent qu'une image du corps défavorable prédit le développement des TCA. [59,63]

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

De même Stice [57] montre que l'insatisfaction corporelle est le facteur de risque et de maintien des TCA le plus robuste.

Nos résultats rejoignent ces travaux en retrouvant cette insatisfaction corporelle à l'EDI de façon marquée chez les sujets à risque de TCA. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux sexes, quoique dans la littérature les filles ont plus d'insatisfaction corporelle que les garçons et expriment plus de satisfaction lorsqu'elles sont en maigreur en comparaison avec les sujets normopondérés et en surpoids [64-65-66-67]. Chez les sujets masculins l'insatisfaction corporelle est reliée au surpoids et à l'obésité mais pas à la maigreur. [68-69]

Certaines études soulignent que d'un côté les sujets utilisant des stratégies de contrôle de leur poids sont plus insatisfaits de leurs corps en comparaison avec les autres sujets [57-58-64-70], et d'un autre côté que l'insatisfaction corporelle et l'IMC sont tous deux des facteurs prédictifs de désordres alimentaires chez les deux sexes. [71-72]

Il est également admis qu'une des caractéristiques dispositionnelles prégnantes chez les anorexiques et les boulimiques est le perfectionnisme [73-74]. Certains résultats suggèrent que cette association pourrait aider à comprendre l'étiologie des TCA non spécifiés avec des comportements purgatifs ou restrictifs [75], d'autres soulignent que les multiples facettes du perfectionnisme sont reliées de différentes façons aux désordres alimentaires [76-77-78].

Plusieurs études soulignent également que le perfectionnisme est une construction multidimensionnelle, explorée par différentes échelles [79-80-81].

La sous-échelle EDI-Perfectionnisme permet d'explorer aussi bien le perfectionnisme imposé par soi-même que celui imposé par la société [82]. Ces deux dimensions sont celles qui sont corrélées aux TCA [83]. Ce qui rejoint les résultats de notre travail où l'EDI-perfectionnisme est significativement lié au risque de TCA chez les étudiants de médecine, avec une association au sexe féminin.

Toutefois, il faut préciser que le perfectionnisme n'est pas systématiquement relié à la pathologie, et peut être bénéfique selon certains auteurs, d'où l'intérêt de différencier entre le perfectionnisme adaptatif et maladaptatif [78-84]. Ce dernier a été impliqué chez les étudiants en médecine dans

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

le développement des symptômes anxio-dépressifs [85] et est associé au développement de TCA par l'influence du perfectionnisme sur le sentiment d'inefficacité [86].

Le perfectionnisme est associé de façon significative à l'anorexie dans notre travail. Néanmoins, le sentiment d'inefficacité est au contraire associé très significativement au risque de TCA.

Ainsi certaines études mettent en avant l'importance du sentiment d'inefficacité qui est présent de façon importante chez les sujets atteints de TCA en comparaison avec des sujets contrôles. Une étude suggère qu'il pourrait même constituer un endophénotype cognitif des TCA [87], plus difficile à prendre en charge et pouvant même constituer un obstacle au traitement [88].

Ce sentiment d'inefficacité a également été relié à l'augmentation de l'IMC. Ce qui était le cas de notre étude, où l'IMC était significativement relié à la boulimie et à l'anorexie [89-90].

Certains auteurs ont souligné l'importance du sentiment d'efficacité personnelle face à la régulation des émotions négatives dans l'adoption de conduites alimentaires saines. Ils mettent en avant qu'il serait préférable de rechercher le sentiment d'efficacité personnelle qui diffère de l'inefficacité, et qui reflète la confiance qu'ont les individus, tant dans leur capacité à adopter des comportements alimentaires sains, que dans leur capacité à normaliser leur préoccupation avec leur silhouette et leur poids. [91-92]

Par ailleurs, les patients atteints de troubles alimentaires sont issus de milieux socio-économiques élevés dans lesquels la réussite sociale est une valeur importante, ce qui n'est pas le cas de notre travail. Ceci pourrait être expliqué par les différences culturelles entre le Maroc et les pays occidentaux.

Des études transculturelles mettent en évidence la montée d'incidence des troubles des conduites alimentaires dans des pays en voie de développement où les préoccupations pour la minceur seraient moindres. Elles ont mentionné l'influence des médias à diffusion planétaire dans cette généralisation des troubles. [93]

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Notre travail présente certaines limites. Il s'agit ici d'une étude menée auprès d'étudiants en médecine, sans inclure les autres futurs acteurs de la santé (pharmaciens, infirmiers...) d'une part. D'autre part, l'EDI-2 n'a pas de normes transculturelles. Limitant ainsi les possibilités de classer les sujets d'une façon catégorielle en séparant clairement les sujets ayant des cognitions pathologiques des autres [94-95-96]. Ainsi au Maroc, les scores seuils utilisés pour les items par les auteurs d'autres études de par la différence culturelle, ne peuvent pas être considérés comme valables. Nous avons donc opté pour une interprétation dimensionnelle, en considérant que plus le score de l'EDI-2 est élevé plus le sujet est à même d'adopter des attitudes, des comportements et des cognitions de TCA.

Ce travail permet de donner un aperçu sur l'importance de la prévalence des TCA dans une population faite de futurs médecins, et de poser certains questionnements quant au degré de conscience et de connaissance de ces pathologies répandues et ce même en ce qui concerne leurs propres pratiques quotidiennes.

CONCLUSION

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Une réalité sociale doublée d'une curiosité scientifique a porté notre attention sur les troubles des conduites alimentaires, en faisant ainsi de l'objectif de cette étude celui de rechercher la prévalence de ces troubles chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.

Au terme de notre étude, nous avons pu conclure aux éléments suivants :

- ✓ Un risque des troubles des conduites alimentaires qui s'élève au tiers de notre échantillon.
- ✓ Une prévalence légèrement plus importante chez les étudiants de sexe masculin.
- ✓ 12 cas de troubles de conduite alimentaire dont 6 cas de boulimie et autant d'anorexie.
- ✓ Un état d'anxiété légèrement plus élevés chez les sujets à risque. Ce lien est néanmoins statistiquement peu significatif.
- ✓ L'usage de moyens dangereux tels que : les coupes faim, les laxatifs, et vomissements.
- ✓ Les TCA sont reliés significativement au sentiment d'inefficacité.

Malgré leur fine connaissance du corps humain, les étudiants en médecine ne semblent pas être moins à l'abri des troubles des conduites alimentaires, ni des mauvaises pratiques qu'ils accumulent pour palier notamment au sentiment d'inefficacité.

A cet effet et dans le cadre de la stratégie et des efforts investis par notre faculté pour améliorer le vécu, les conditions, la santé tant psychologique que physique. Nous espérons que ce travail contribuera à :

- Sensibiliser les étudiants au risque de troubles de conduite alimentaire
- Lutter contre les pratiques dangereuses

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

- Pousser la recherche à lever le voile sur les raisons derrière, le sentiment d'inefficacité chez les étudiants en médecine de Marrakech et l'augmentation du risque TCA chez le sexe masculin.

Il est à préciser que ce travail s'est singularisé par un risque de TCA plus important chez les hommes ; il serait donc d'autant plus intéressant de pousser la recherche dans ce sens et tenter de découvrir ce qui a causé cette augmentation chez la population masculine.

RESUMES

Résumé

Titre : Les troubles des conduites alimentaires chez étudiants en médecine de Marrakech

Mots-clés : Troubles des conduites alimentaires – Boulimie – Anorexie – étudiants – FMPM

Les troubles des conduites alimentaires (TCA), que ce soit l'anorexie mentale, la boulimie, ou les troubles non spécifiques, posent des problèmes de prise en charge chez les adultes jeunes. Les étudiants en médecine constituent une population particulière de par la nature de leurs études et de leur mode de vie nécessitant d'être mieux connue afin de pouvoir combattre, dans un milieu de futurs médecins, des pratiques erronées et des idéaux renforçant l'existence des TCA.

Notre étude avait pour objectifs d'évaluer la prévalence des troubles des conduites alimentaires (TCA) et des sujets à risque de ces troubles et de rechercher certaines cognitions et comportements des TCA.

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique auprès de 592 étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech (1ère, 2ème, 3ème, 4ème, 5ème et 6ème année), durant l'année universitaire 2017-2018.

Nous avons eu recours au questionnaire de SCOFF pour le dépistage des TCA, EDI-2 : questionnaire aidant à établir le profil des traits psychologiques et des symptômes de l'individu présentant divers désordres alimentaires. Ainsi que le MINI anorexie et boulimie pour le diagnostic de ces troubles et finalement le HAD anxiété en vue de diagnostiquer un état anxieux.

Nous avons recruté 525 étudiants et effectué l'enquête sur une période allant du 29 janvier 2018 au 12 mars 2018, obtenant ainsi un taux de réponse de 88,68 %. Nous avons recensé une prédominance du sexe féminin (69,71%) et une moyenne d'âge de 22,26.

Les conduites addictives ont également été retrouvées dans des proportions variables concernant le tabac (6.86%), l'alcool (3.24%) et le cannabis (0.95%).

La prévalence des TCA était de 29,33%, quant à la boulimie et l'anorexie nous avons relevé le même pourcentage à savoir 1,14%.

Le risque de TCA était légèrement prédominant chez le sexe masculin. Et il y avait une nette tendance au surpoids et à l'obésité chez les sujets à risque. Concernant les moyens de contrôle du poids, 36.95% de nos étudiants déclaraient les employer avec ; 90,21% pratiquaient une activité sportive, 7,23% qui étaient sous régime alimentaire et 18,56% sous différentes méthodes ; 10,31%

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

d'entre eux jeunait pour perdre du poids, près de 8,25% utilisaient des coupe-faim, laxatifs et vomissements provoqués. Ceci avec toujours une association très significative au risque de TCA.

Au terme de notre étude, et en ajustant sur l'ensemble des facteurs utilisés en analyse univariée, seuls les moyens de contrôle de poids et le nombre de la fratrie et le rang au sein de cette dernière sont reliées de façon significative au risque de TCA, ainsi aucun lien n'a été établi entre l'anxiété et le risque de TCA.

Quant à l'analyse multivariée, elle a permis de faire ressortir un ensemble de facteurs associés de façon significative au :

- Risque de TCA : le sexe, les moyens de contrôle du poids et le score d'inefficacité.
- Score de boulimie et d'inefficacité : le niveau économique avec une moyenne plus élevée chez les étudiants du niveau dit « bas ».

Nous avons recensé six cas de boulimie et autant d'anorexie. L'âge et l'IMC sont fortement reliés à ces troubles ; ainsi ce sont les étudiants les plus jeune et ayant des IMC élevés qui (en) souffrent d'anorexie et de boulimie. Le perfectionnisme et la fratrie apparaissent comme spécifiquement liés à l'anorexie.

Les travaux autour des troubles de conduites alimentaires menés au Maghreb sont très rares. Il paraît de ce fait primordial de pousser la recherche dans ce sens et tenter notamment de découvrir les causes de l'augmentation des TCA chez la population masculine.

ABSTRACT

Title: Eating Disorders among Marrakesh Medical Students

Keywords: Eating Disorders – Bulimia – Anorexia – Students – FMPM

Eating disorders (EAD), whether anorexia, bulimia, or non-specific disorders, pose problems in terms of medical care provided to young adults. Medical students are considered to be a special population, due the nature of their studies and the impact they have on the people around them, as they tend to be looked up to. Therefore better knowledge needs to be acquired in order to fight erroneous practices and ideals reinforcing the existence of EAD.

The objective of our study was to evaluate the prevalence of eating disorders and those at risk for these disorders as well as to look for certain EAD cognitions and behaviors. It is a cross-sectional descriptive and analytical study of 592 students from the Faculty of Medicine and Pharmacy of Marrakech (1st, 2nd, 3rd, 4th, 5th and 6th year), during the academic year 2017– 2018. The SCOFF questionnaire was used for TCA screening, EDI-2 questionnaire to help profile the psychological traits and symptoms of the individual with various eating disorders. The MINI anorexia and bulimia was used in order to diagnose these disorders. And finally the Hospital Anxiety and Depression scale to diagnose possible anxiety states.

We recruited 525 students and conducted the survey over a period going from January 29, 2018 to March 12, 2018, obtaining a response rate of 88.68%. In which a predominance of females (69.71%) and an average age of 22.26.

Addictive behaviors were also found in varying proportions for tobacco (6.86%), alcohol (3.24%) and cannabis (0.95%).

The prevalence of TCA was 29.33%, and for bulimia and anorexia we found the same percentage that is 1.14%.

The risk of TCA was slightly predominant in the male population. There was as well a clear tendency for overweight and obesity among those at risk. Regarding the means of weight control, 36.95% of our students declared using it with; 90.21% practiced a sporting activity, 7.23% who were on a diet and 18.56% under different methods; 10.31% of them were fasting to lose weight,

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

nearly 8.25% used appetite suppressants, laxatives and induced vomiting. This always has a very significant association with the risk of TCA.

At the end of our study, and by adjusting to all the factors used in univariate analysis, only the means of weight control and the number of siblings and rank within the latter are significantly related to the risk of TCA. Thus no link has been established between anxiety and TCA risk.

The multivariate analysis revealed a set of factors significantly associated with:

- TCA risk: sex, weight control and inefficiency score.
- Bulimia score and inefficiency: the economic level with a higher average among students of the so-called "low" level.

We found six cases of bulimia and as much anorexia. Age and BMI are strongly related to these disorders; thus it is the youngest students with high BMI who suffer from anorexia and bulimia. Perfectionism and siblings appear as specifically related to anorexia.

The studies covering eating disorders in the Maghreb are very rare. Therefore it seems essential to push the research in this direction and try to discover, among others, the causes of the increase in EAD in the male population.

ملخص

العنوان: اضطرابات السلوك الغذائي لدى طلبة كلية الطب بمراكش

الكلمات الرئيسية: اضطرابات الأكل - الشره المرضي - فقدان الشهية - طلبة - كلية الطب و الصيدلة بمراكش

تطرح اضطرابات الأكل (فقدان الشهية، الشره المرضي، أو اضطرابات أخرى غير محددة) مشاكل فيما يتعلق بالرعاية الطبية المقدمة. وخاصة لدى طلبة كلية الطب، الذين يعتبرون فئة ذات طابع خاص، نظرًا لطبيعة دراساتهم، ومكانتهم في المجتمع كقوة يحتذى بها مما يستوجب الكشف عن هذه الاضطرابات قصد مساعدتهم على تجاوزها وكذلك الحد من بعض السلوكيات غير الصحية التي يلجأ لها بعض الطلبة للتحكم في وزنهم.

كان الهدف من دراستنا هو تقييم مدى انتشار اضطرابات الأكل وتحديد المعرضين لخطرها، وكذلك للبحث عن مدى الإدراك بالسلوكيات المرتبطة باضطرابات الأكل.

دراستنا هي دراسة وصفية تحليلية مستعرضة لـ 592 طالباً من كلية الطب والصيدلة بمراكش (السنة الأولى والثانية والثالثة والرابعة والخامسة والسادسة)، خلال السنة الجامعية 2017 - 2018.

تم استخدام استبيان SCOFF لفحص اضطرابات الأكل، والاستبيان EDI-2 للمساعدة في تعريف الصفات النفسية والأعراض المصاحبة لاضطرابات الأكل المختلفة. تم الاعتماد على MINI في تشخيص فقدان الشهية والشره المرضي. وأخيراً مقياس HAD لتشخيص حالات القلق المحتملة.

شملت دراستنا 525 طالباً، وأجرينا الاستبيان على مدار فترة زمنية تراوحت ما بين 29 يناير 2018 و 12 مارس 2018، وحصلنا على معدل استجابة بنسبة 88.68%. مع هيمنة لدى العنصر النسوي بنسبة (69.71%) ومتوسط عمر 22.26.

تم ايجاد سلوكيات إدمانية لدى الطلبة بنسب متفاوتة: التبغ (لدى 6.86%)، الكحول (لدى 3.24%)، والقنب الهندي (لدى 0.95%). نسبة انتشار اضطرابات الأكل عادت 29.33%، أما فيما يخص الشره المرضي وفقدان الشهية فكانت النسبة متساوية، التي هي 1.14%. فيما فاقت نسبة خطر اضطرابات الأكل لدى فئة الذكور نظيرتها عند الإناث. كان هناك أيضاً ميول واضح لحالات الوزن الزائد والسمنة بين أولئك المعرضين للخطر.

فيما يتعلق بالوسائل المعتمدة للتحكم في الوزن، أعلن 36.95% من الطلبة عن استعانتهم بها: 90.21% يمارسون نشاطاً رياضياً، 7.23 كانوا يتبعون نظاماً غذائياً و 18.56% يستعملون أساليب مختلفة: 10.31% يعتمدون الصوم، ما يقرب من 8.25% منهم يستخدمون مثبطات الشهية، والملينات والاستقياء.

في نهاية دراستنا، وبعد تكييف جميع العوامل المستخدمة في التحليل أحادي المتغير، فإن وسائل التحكم في الوزن وعدد الأشقاء ورتبهم مرتبطة بشكل كبير بخطر ظهور اضطرابات الأكل.

كشفت التحليل متعدد المتغيرات عن مجموعة من العوامل المرتبطة بشكل كبير بما يلي:

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

- خطر ظهور اضطرابات الأكل و: الجنس، مراقبة الوزن ونقاط عدم الكفاءة.
- درجة الشره المرضي وعدم الكفاءة: المستوى الاقتصادي مع متوسط أعلى بين الطلاب ذوي الدخل المنخفض.

صادفنا اثناء دراستنا ستة حالات شره مرضي وستة حالات فقدان للشهية. حيث يرتبط عمر ومؤشر كتلة الجسم بقوة بهذه الاضطرابات؛ وبالتالي فأصغر الطلاب عمرا والذين لديهم مؤشر كتلة جسم مرتفع هم المعرضون لفقدان الشهية والشره المرضي. يظهر كذلك أن البحث عن الكمالية الجسدية وعدد الأشقاء على وجه التحديد مرتبطان باضطراب فقدان الشهية.

الدراسات التي تتطرق لاضطرابات الأكل في المغرب العربي نادرة. لذلك يبدو من الضروري دفع البحث في هذا الاتجاه ومحاولة اكتشاف أسباب زيادة خطر إصابة الذكور باضطرابات الأكل.

ANNEXES

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Questionnaire sur les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Chers étudiants :

Ce questionnaire porte sur les troubles de conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech.

Nous vous rappelons que l'enquête est volontaire, anonyme et les données ne seront pas utilisées individuellement, mais analysées comme un ensemble d'indicateurs.

Merci beaucoup pour votre participation.

Année 1ère 2ème 3ème 4ème 5ème 6ème

Sexe : F M

Date de naissance :

Fratrie et rang dans la fratrie : D'une fratrie de

Statut marital : Célibataire Marié Divorcé Veuf

Pour les répondants féminins:

Etes-vous actuellement enceinte ? Oui Non

Si oui : Semaines d'aménorrhée

Etes-vous en post-partum ? Oui Non

Si oui : A quand remonte votre accouchement ?

Avez-vous des enfants ? Oui Non

Si oui : Nombre d'enfants : Ages des enfants :

Taille : M Poids : Kg

Antécédents :

Suivez-vous un régime alimentaire Oui Non

Si oui, lequel ?

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Avez-vous un diabète insulino-dépendant Oui Non

Avez-vous une dyslipidémie (un trouble du bilan lipidique) Oui Non

Si oui, type: Hypertriglycéridémie Mixte Hypercholestérolémie

- Usage de substance :

Tabagisme : Oui Non

Si oui : Depuis..... Quantité.....

Alcool : Oui Non

Si oui : Depuis..... Fréquence.....

Drogue : Oui Non

Si oui : Type :..... Depuis..... Fréquence de prises :

- Autres antécédents :

Moyens de contrôle du poids :

Utilisez-vous des moyens de contrôle de poids ? Oui Non

Si oui, lesquels :

- Jeûne Fréquence : -----

- Sport Fréquence : -----

- Laxatifs Fréquence : -----

- Coupe-faim Fréquence : -----

- Vomissements provoqués Fréquence : -----

- Diurétiques Fréquence : -----

- Autres Lesquels et fréquence : -----

SCOFF :

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

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

EDI-2 :

<u>Questions</u>	Toujours = 3	En général = 2	Souvent = 1	Quelque fois/ Rarement/ Jamais = 0
4. Je mange lorsque je suis ému/ bouleversé/ contrarié				
5. Je me gave de nourriture				
28. J'ai eu des crises de frénésie alimentaire, avec l'impression que je ne pourrais plus jamais m'arrêter				
38. Je pense à faire des crises de frénésie alimentaire				
46. Je mange modérément en présence des autres, et me gave après leur départ				
53. J'ai l'idée d'essayer de vomir pour perdre du poids				
61. Je mange ou bois en cachette				

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

<u>Questions</u>	Toujours = 3	En général=2	Souvent = 1	Quelque fois/ Rarement/ Jamais= 0
13. Seules les performances d'exception sont reconnues dans ma famille				
29. Enfant, je faisais de grands efforts pour ne pas décevoir mes parents et enseignants				
36. Je déteste ne pas être parmi les meilleurs dans tout ce que j'entreprends				
43. Mes parents ont attendu de moi que je réalise d'excellentes performances				
52. Je trouve que je dois faire les choses à la perfection ou pas du tout				
63. Mes objectifs sont extrêmement élevés				
2. Je trouve mon ventre trop gros				
9. Je trouve mes cuisses trop grosses				
45. Je trouve mes hanches trop larges				
59. Je trouve mes fesses trop grosses				

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

Questions	Jamais = 3	<u>Rarement =</u> <u>2</u>	<u>Quelque fois</u> <u>= 1</u>	<u>Toujours/ en</u> <u>général/</u> <u>souvent = 0</u>
12. Je trouve que mon ventre est juste de la bonne taille				
19. Je suis satisfaite de la forme de mon corps (de ma silhouette)				
31. J'aime bien la forme de mes fesses				
55. Je trouve mes cuisses juste à la bonne taille				
62. Je trouve mes hanches juste de la bonne taille				

Questions	Toujours = 3	En général =2	Souvent = 1	Quelque fois/Rarement/ Jamais = 0
10. Je me sens incapable				
18. Je me sens seule au monde				
24. J'aimerais être quelqu'un d'autre				
27. Je me sens inadéquat				
41. J'ai une mauvaise opinion de moi-même				
56. Je me sens vide, intérieurement (émotionnellement)				
	Jamais = 3	Rarement = 2	Quelque fois = 1	Toujours/ en général/ souvent = 0
20. Globalement, j'ai le sentiment de maîtriser les choses dans ma vie				
37. Je me sens sûr de moi				
42. J'ai le sentiment de pouvoir réaliser mes ambitions				
50. Je me sens quelqu'un de valable				

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

		Oui	Non
M1	En vous référant a ce tableau, avez-vous déjà atteint le seuil de poids correspondant a votre taille et votre sexe ?		
M2	Au cours des 3 derniers mois, avez-vous refuse de prendre du poids malgré le fait que vous pesiez peu ?		
M3	Au cours des 3 derniers mois, Aviez-vous peur de prendre du poids ou redoutiez-vous de devenir trop gros(se) ?		
M4	Au cours des 3 derniers mois, vous trouviez-vous encore trop gros(se), ou pensez-vous qu'une partie de votre corps était trop grosse ?		
	Au cours des 3 derniers mois, pensez-vous que votre poids était normal, voire excessif ?		
	L'opinion ou l'estime que vous avez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?		
M5 : Y A-T-IL AU MOINS UN OUI EN M4 ?			
M6	Pour les femmes : Ces 3 derniers mois, avez-vous eu un arrêt de vos règles alors que vous auriez dû les avoir (en l'absence d'une éventuelle grossesse) ?		
Pour les femmes : M5 et M6 sont-elles cotées oui ?			
Pour les hommes : M5 est-elle cotée oui ?			

HAD Anxiété

1. Je me sens tendu ou énervé

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 0 Jamais |
| <input type="checkbox"/> | 1 De temps en temps |
| <input type="checkbox"/> | 2 Souvent |
| <input type="checkbox"/> | 3 La plupart du temps |

2. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 0 Pas du tout. |
| <input type="checkbox"/> | 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas |
| <input type="checkbox"/> | 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave. |
| <input type="checkbox"/> | 3 Oui, très nettement. |

3. Je me fais du souci

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 0 Très occasionnellement. |
| <input type="checkbox"/> | 1 Occasionnellement. |
| <input type="checkbox"/> | 2 Assez souvent. |
| <input type="checkbox"/> | 3 Très souvent |

4. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 0 Oui, quoi qu'il arrive. |
| <input type="checkbox"/> | 1 Oui, en général. |
| <input type="checkbox"/> | 2 Rarement. |
| <input type="checkbox"/> | 3 Jamais. |

BIBLIOGRAPHIE

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

1. **Bosi MLM, Nogueira JAD, Alencar CH, Moreira JA (2016)**
Body Image and Eating Behavior among Medical Students: Eating Disorders among Medical Students. *Epidemiology (Sunnyvale)* 6: 256
2. **Diététique en pratique médicale courante,**
2^e édition, Elsevier Masson, 2017
15^e chapitre, Troubles du comportement alimentaire :181-194
3. **Chalet S, Riquin É, Avarello G, Malka J, Duverger P.**
Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. *EMC – Pédiatrie* 2015;0(0):1-26
[Article 4-002-U-40].
4. **S. Tribolet, M. Shahidi**
Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques. Heures de France édition, collection Guides professionnels de santé mentale, 456 pages (2005).
5. **Julien-D. Guelfi, F. Rouillon**
Manuel de Psychiatrie (3e édition) Elsevier Masson, 2017, Chapitre 19 – Troubles des conduites alimentaires, Pages 491-512.
6. **Alexis Ruffault.**
Le rôle de la pleine conscience dans l'accompagnement de patients obèses : Quand, pourquoi et comment intervenir ?. *Psychologie*. Université Paris Descartes (Paris 5), 2017
7. **T. Léonard, C. Foulon, J.-D. Guelfi**
Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte, *Encycl. Méd. Chir. (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie*, 37-105-D-10, 2005.

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

8. **Corcos M, Bochereau D, de Tournemire R, Cayol V, Girardon N, Jeammet P.** Déviations du comportement alimentaire à l'adolescence. Encycl Med Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS), Endocrinologie–Nutrition, 10–308–D–10, Psychiatrie, 37–215–B–60, 2001.

9. **Sigel. E**
Eating disorders. Adolescent Medical State Article Revue 2008 ; 19 : 547–72.

10. **Cook–Darzens, Solange & Doyen, C & Mouren, M–C.**
Family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: Current research evidence and its therapeutic implications. Eating and weight disorders (2009). 157–70.

11. **Hay PJ, Bacalt, Chuk J, Stephano S.**
Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. Cochrane Database Syst Rev 2004 ; (3) CD000562.

12. **Kaye W.**
Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. Physiol Behav 2008 ; 94 : 121–35.

13. **Rigaud D.**
Anorexie, boulimie, compulsions alimentaires. Les troubles du comportement alimentaire. Paris : Marabout ; 2003. p. 323.

14. **Agras WS, Robinson AH.**
Forty years of progress in the treatment of the eating disorders. Nord J Psychiatry 2008 ; 62 (Suppl. 47) : 19–24.

15. www.anorexie-et-boulimie.fr (rubrique « pour les professionnels de santé).

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

16. D. Rigaud, M.-C. Brindisi, H. Pennacchio

Troubles du comportement alimentaire, 2011, Elsevier Masson.

17. Monteleone P, Maj M.

Genetic susceptibility to eating disorders : associated polymorphisms and pharmacogenetic suggestions. Pharmacogenomics 2008 ; 9: 1487-520.

18. O. Guilbauda, S. Berthozb, R. de Tournemirec, M. Corcosd

Annales Médico Psychologiques (2003). DOSSIER : TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES Approche clinique et biologique des troubles des conduites alimentaires. 634-639 .

19. Capasso A, putrella C, Milano W.

Recent clinical aspects of eating disorders. Rev Recent Clin Trials 2009 ; 4 : 63-9.

20. Reas DL, Grilo CM.

Review and meta-analysis of pharmacotherapy for binge-eating disorders. Obesity 2008 ; 16 : 2024-38.

21. DSM-IV-TR : Quatrième révision du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders.

22. DSM-V : Cinquième révision du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders.

23. CIM-10(F 50.0) : Classification internationale des maladies 10^e édition.

24. World Health Organization. BMI classification 2018.

Disponible à partir de l'URL : http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

25. Haute Autorité de Santé (HAS), Disponible à partir de l'URL : [http://www.has-](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1023325/fr/anorexie-mentale-un-reperage-precoce-et-un-suivi-pluridisciplinaire)

[sante.fr/portail/jcms/c_1023325/fr/anorexie-mentale-un-reperage-precoce-et-un-suivi-pluridisciplinaire.](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1023325/fr/anorexie-mentale-un-reperage-precoce-et-un-suivi-pluridisciplinaire)

- 26. Lea Hautala, Jouni Junnila, Jouni Alin, Matti Grönroos, Aija–Mari Maunula, Max Karukivi, Pirjo–Riitta Liuksila, Hannele Rähä, Maritta Välimäki, Simo Saarijärvi**
Uncovering hidden eating disorders using the SCOFF questionnaire: Cross–sectional survey of adolescents and comparison with nurse assessments. *International Journal of Nursing Studies* 46 (2009) 1439–1447.
- 27. 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 Oct;11(7):888–93.
- 28. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J.**
Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*. 1983, Vol. 2, 15, pp. 15–34.
- 29. Futch LS, Winggard DL, Felice ME.**
Eating pattern disturbances among women medical and graduate students. *J Adolesc Health Care*. 1988, Vol. 9, 5, pp. 378–383.
- 30. Cotrufo P., Monteleone P., Castaldo E., Maj M.**
A 4–year epidemiological study of typical and atypical eating disorders: preliminary evidence for subgroups of atypical eating disorders with different natural outcomes. *European Eating Disorders Review*. 2004, Vol. 12, 4, pp. 234–39.
- 31. Al., Thomas et.**
Disordered eating attitudes and behaviors in ballet students: examination of environmental and individual risk factors. *Int J Eat Disord*. 2005, Vol. 38, 3, pp. 263–68.

32. G.C., Patton.

Journal of Psychosomatic Research. The Spectrum of Eating Disorder in Adolescent. 1988, 32, pp. 579–584.

33. Withaker, A., Davies M., Shaffer D., Johnson J., Abrams S., Walsh B.T., Kalikow K.

The struggle to be thin: a survey of anorexic and bulimic symptoms in a non-referred adolescent population. Psychological Médecine. 1989, 19, pp. 143–163.

34. D Bolduc, H Steiger, F Leung.

Prévalence des attitudes et comportements inadaptés face à l'alimentation chez des adolescentes de la région de Montréal. Santé mentale au Québec. 1993, Vol. 18, 2, pp. 183–196.

35. Tomori, M., & Rus–Makovec, M.

Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students. Journal of Adolescent Health. 2000, Vol. 26, 5, pp. 361–367.

36. Deogade SC, Suresan V, Rathod JR, Naitam D.

Prevalence and Impact of Dentine Hypersensitivity among Undergraduates in a University Campus of Central India. Ann Med Health Sci Res. 2017; 7:144–149.

37. Callahan S, Rousseau A, Knotter A et coll.

Les troubles alimentaires : présentation d'un outil de diagnostic et résultats d'une étude épidémiologique chez les adolescents. Encéphale. 2003, 29, pp. 239–47.

38. Schwartz D. M., Thompson M. G., Johnson, C. L.

Anorexia nervosa and bulimia: The socio-cultural context. S. W. Emmett. Theory and treatment of anorexia nervosa and bulimia . New-York : Brunner/Mazel, 1985, pp. 95–112.

- 39. Memon, A.A., Adil, S., Siddiqui, E.U., Naeem, S.S., Ali, S.A. and Mehmood, K.**
(2012) Eating Disorders in Medical Students of Karachi, Pakistan—A Cross-Sectional Study. *BMC Research Notes* , 5, 84.
- 40. Ngan, S.W., Chern, B.C.K., Rajarathnam, D.D., Balan, J., Hong, T.S. and Tiang, K.-P.** (2017)
The Relationship between Eating Disorders and Stress among Medical Undergraduate: A Cross-Sectional Study. *Open Journal of Epidemiology*, 7, 85–95.
- 41. Ledoux S., Choquet, M., Flament M.**
Eating disorders among adolescents in an unselected French population. *International Journal of Eating Disorders*. 1991, Vol. 10, 1, pp. 81–89.
- 42. Frank R. E., Serdula M. K., Adame D.**
Weight loss and bulimic eating behavior: changing patterns within a population of young adult women. *Southern Medical Journal*. 1991, 84, pp. 457–60.
- 43. Leichner P., Arnett J., Rallo J. S., Srikameswaran S.**
An epidemiologic study of maladaptive eating attitudes in a Canadian school age population. *International Journal of Eating Disorders*. 1986, Vol. 5, 6, pp. 969–982.
- 44. Killen J. D., Taylor B., Telch M. J., Saylor K. E., Maron D. J., Robinson T. N.**
Self-induced vomiting and laxative and diuretic use among teenagers. Precursors of the binge-purge syndrome? *Journal of the American Medical Association*. 1986, 255, pp. 1447–49.
- 45. Lachenmeyer J. R., Muni-Brander P.**
Eating disorders in a nonclinical adolescent population: implications for the treatment. *Adolescence*. 1988, 23, pp. 303–312.

46. Graber J. A., Tyrka A. R., Brooks-Gunn J.

How similar are correlates of different subclinical eating problems and bulimia nervosa? Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines. 2003, Vol. 44, 2, pp. 262–273.

47. Naeimi AF, Haghhighian HK, Gargari BP, Alizadeh M, Rouzitalab T (2016), Eating disorders risk and its relation to self-esteem and body image in Iranian university students of medical sciences. 4, 597–605.

48. F. Manoudi, I. Adali, F. Asri, I. Tazi.

Approche épidémiologique de la boulimie et du comportement alimentaire inhabituel en milieu universitaire à Marrakech (Maroc). Annales Médico-Psychologiques. 2010, 168, pp. 694–97.

49. Manaf S., Benchekroune W., Rhoulam H., Abouhia B., Agoub M., Battas O.

Troubles du comportement alimentaire et estime de soi. Communication affichée présentée dans le cadre du 8e Congrès de l'Encéphale. 2010

50. N. Charfi, D. Trigui, J. Ben Thabet, K. Hajbi, N. Zouari, L. Zouari, M. Maalej. Etude du rapport des troubles des conduites alimentaires avec le niveau de stress et l'estime de soi chez les étudiants en médecine. LA TUNISIE MEDICALE – 2015 ; Vol 93 (n°11).

51. Deogade SC, Suresan V, Rathod JR, Naitam D.

Prevalence and Impact of Dentine Hypersensitivity among Undergraduates in a University Campus of Central India. Ann Med Health Sci Res. 2017; 7:144–149.

52. Dancyger I. F., Garfinkel P. E.

The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia and bulimia nervosa. Psychological Medicine. 1995, Vol. 25, 5, pp. 1019–1025.

53. Schwitzer A. M., Rodriguez L. E., Thomas C., Salimi L.

The Eating Disorders NOS Diagnostic Profile Among College Women. *Journal of American College Health*. 2001, Vol. 49, 4, p. 157.

54. Shisslak C. M., Crago M., Estes L. S.

The Spectrum of Eating Disturbances. *International Journal of Eating Disorders*. 1995, Vol. 18, 3, pp. 209–219.

55. Neumark–Sztainer D, Wall M, Eisenberg M, Story M, Hannan P.

Overweight status and weight control behaviors in adolescents: Longitudinal and secular trends from 1999 to 2004. *Prev Med*. 2006, Vol. 43, 1, pp. 52–59.

56. Neumark–Sztainer D, Wall M, Haines J, Story M, Sherwood N, Van den Berg P.

Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med*. 2007, Vol. 33, 5, pp. 359–369.

57. Stice E, Shaw HE.

Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology, A synthesis of research findings. *J Psychosom Res*. 2002, 53, pp. 985–993.

58. Johnson F, Wardle J.

Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. *J Abnorm Psychol*. 2005, 114, pp. 119–125.

59. Cooley E., Toray T.

Body Image and Personality Predictors of Eating Disorder Symptoms During the College Years. *International Journal of Eating Disorders*. 2001, Vol. 30, 1, pp. 28–36.

60. Douglas K. A., Collins, J. L., Warren C., Kann L., Gold R., Clayton S., et al.

Results from the 1995 National College Risk Behavior Survey. *Journal of American College Health*. 1997, Vol. 46, 2, pp. 55–66.

61. Haberman S., Luffey D.

Weighing in college students' diet and exercise behaviors. *Journal of American College Health*. 1998, Vol. 46, 4, p. 189

62. M. Lachaud, V. Miquel, A. Rousseau, H. Chabrol.

Pratiques alimentaires et préoccupations corporelles chez les jeunes femmes. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 2004, Vol. 14, 3, pp. 131–134.

63. Ball K., Lee C.

Psychological Stress, Coping, and Symptoms of Disordered Eating in a Community Sample of Young Australian Women. *International Journal of Eating Disorders*. 2002, Vol. 31, 1, pp. 71–81.

64. Mäkinen M., Puukko–Viertomies L.R., Lindberg N., Siimes M.A. and Aalberg V.

Body dissatisfaction and body mass in girls and boys transitioning from early to mid–adolescence: additional role of self–esteem and eating habits. *BMC Psychiatry*. 2012, Vol. 12, 35, pp. 1–8.

65. Stice E, Whitenton K.

Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Dev Psychol*. 2002, 38, pp. 669–678.

66. DC, Jones.

Body image among adolescent girls and boys: a longitudinal study. *Dev Psychol*. 2004, 40, pp. 823–835.

67. Paxton SJ, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D.

Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: a five-year longitudinal study. *Dev Psychol.* 2006, 42, pp. 888-899.

68. Presnell K, Bearman SK, Stice E.

Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: a prospective study. *Int J Eat Disord.* 2004, 36, pp. 389-401.

69. Austin SB, Haines J, Veugelers PJ.

Body satisfaction and body weight: gender differences and sociodemographic determinants. *BMC Publ Health.* 2009, 9, p. 313.

70. Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Standish AR.

Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: associations with 10-year changes in body mass index. *J Adolesc Health.* 2012, 50, pp. 80-86.

71. LJ Chen, KR Fox, AM Haase and PW Ku.

Correlates of body dissatisfaction among Taiwanese Adolescents. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2010, Vol. 19, 2, pp. 172-179.

72. J., Trautmann, S., Lokken Worthy et K.L., Lokken.

Body Dissatisfaction, Bulimic Symptoms, and Clothing Practices Among College Women. *The Journal of Psychology.* 2007, Vol. 141, 5, pp. 485-498.

73. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL.

Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry.* 1999, 56, pp. 468-476.

74. Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O'Connor ME.

Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry.* 1997, 54, pp. 509-517.

75. Keel PK, Haedt A, Edler C.

Purging disorder: An ominous variant of bulimia nervosa? *Int J Eat Disord.* 2005, 38, pp. 191-199.

76. Bulik CM, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo S, Aggen S, Sullivan P.

The relation between eating disorders and components of perfectionism. *Am J Psychiatry.* 2003, 160, pp. 366-368.

77. Sutandar-Pinnock K, Woodside D, Carter JC, Olmsted MP, Kaplan AS.

Perfectionism in anorexia nervosa: A 6-24-month follow-up study. *Int J Eat Disord.* 2003, 33, pp. 225-229.

78. Sassaroli S, Ruggiero GM.

The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2005, 37, pp. 135-141.

79. Frost R. O., Marten P., Lahart C., Rosenblate R.

The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research.* 1990, 14, pp. 449-468.

80. Cheng S. K., Chong G. H., Wong C. W.

Chinese frost multidimensional perfectionism scale: A validation and prediction of self-esteem and psychological distress. *Journal of Clinical Psychology.* 1999, 55, pp. 1051-1061.

81. Cox B. J., Enns M. W., Clara I. P.

The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological Assessment.* 2002, 14, pp. 365-373.

82. S.B. Sherry, P.L. Hewitt, A. Besser, B.J. McGee, and G.L. Flett.

Self-Oriented and Socially Prescribed Perfectionism in the Eating Disorder Inventory Perfectionism Subscale. *International Journal of Eating Disorders.* 5, pp. 121 - 128.

Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech

83. Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E. M., Flett, G. L., et al. (2002), 26.

Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*. 2002, 26, pp. 745–758.

84. W.D., Parker.

An empirical typology of perfectionism in academically talented children. *American Educational Research Journal*. 1997, 34, pp. 545–562.

85. Murray W Enns, Brian J Cox, Jitender Sareen and Paul Freemann ,

November 2001. Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Medical Education*. 2001, Vol. 35, 11, pp. 1034–1042.

86. Wade TD, Wilksch SM, Paxton SJ, Byrne SM, Austin SB.

How perfectionism and ineffectiveness influence growth of eating disorder risk in young adolescent girls. *Behav Res Ther*. 2015, 66, pp. 56 – 63.

87. Darcy AM, Fitzpatrick KK, Manasse SM, Datta N, Klabunde M, Colborn D, Aspen V, Stiles-Shields C, Labuschagne Z, Le Grange D, Lock J.

Central coherence in adolescents with bulimia nervosa spectrum eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2014 , Vol. 48, 3.

88. Ackard DM, Richter S, Egan A, Cronemeyer C.

Poor outcome and death among youth, young adults, and midlife adults with eating disorders: an investigation of risk factors by age at assessment. *Int J Eat Disord*. 2014 , Vol. 47, 7, pp. 825–35.

89. Marín V, Sommer K, Agurto P, Ceballos ML, Aguirre ML.

Eating disorders risk among obese adolescents. *Rev Med Chil*. 2014, Vol. 142, 10, pp. 1253–8.

90. Dobmeyer AC, and Stein DM.

A prospective analysis of eating disorder risk factors: Drive for thinness, depressed mood, maladaptive cognitions, and ineffectiveness. *Eating Behaviors*. 2003, 4, pp. 135–147.

91. Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, K. F., Wilson, D. M., Hammer, L, et al.

Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996, 64, pp. 936–940.

92. Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., Early-Zald, M.B.

Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*. 1995, 104, pp. 140– 149.

93. Berman, E. S.

The relationship between eating self-efficacy and eating disorder symptoms in a non-clinical sample. *Eating Behaviors*. 2006, 7, pp. 79–90.

94. Pinto, A. M., Guarda, A. S., Heinberg, L. J., & Di Clemente, C. C.

Development of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*. 2006, 39, pp. 376–384.

95. Podar I., Allik J.

A cross-cultural comparison of the Eating Disorder Inventory. *Int J Eat Disord*. 2009, Vol. 42, 4, pp. 346–55.

96. Oltea Jojaa, Jörn von Wietersheim.

A cross-cultural comparison between EDI results of Romanian and German students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2012, 33, pp. 1037 – 1041.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلاً وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب
والبعيد، للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنى، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية
متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

أطروحة رقم 221

سنة 2018

اضطرابات السلوك الغذائي لدى طلبة كلية الطب بمراكش

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2018/07/10

من طرف

السيد محمد الأمين الشراذي

المزداد في 28 أبريل 1989 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

اضطرابات الأكل - الشره المرضي - فقدان الشهية - طلبة - كلية الطب والصيدلة بمراكش

اللجنة

الرئيس

السيد أ. غ. الأديب

أستاذ في الإنعاش والتخدير

المشرف

السيد ع. بنعلي

أستاذ مبرز في الطب النفسي

القضاة

السيد م. بوالروس

أستاذ في طب الأطفال

السيدة ف. منودي

أستاذة في الطب النفسي

