



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE
RABAT



Année: 2021

Thèse N°: 463

LA PREVALENCE DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES CHEZ LES ETUDIANTS EN MEDECINE DE RABAT

THESE

Présentée et soutenue publiquement le : / /2021

PAR

Madame Sanaa EL HABTI

Née le 02 Janvier 1996

*Pour l'Obtention du Diplôme de
Docteur en Médecine*

Mots Clés : Troubles des conduites alimentaires ; Anorexie ; Boulimie ;
Etudiants ; FMPR

Membres du Jury :

Monsieur Hassan KISRA

Professeur de Psychiatrie

Madame Maria SABIR

Professeur de Psychiatrie

Monsieur Mohamed KADIRI

Professeur de Psychiatrie

Madame Asmaa MDAGHRI ALAOUI

Professeur de Pédiatrie

Madame Fatima EL OMARI

Professeur de Psychiatrie

Président

Rapporteur

Juge

Juge

Juge



**UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

1962 - 1969: Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 - 1974: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 - 1981: Professeur Bachir LAZRAK
1981 - 1989: Professeur Taieb CHKILI
1989 - 1997: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 - 2003: Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 - 2013: Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen :

Professeur Mohamed ADNAOUI

Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes

Professeur Brahim LEKEHAL

Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération

Professeur Taoufiq DAKKA

Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie

Professeur Younes RAHALI

Secrétaire Général

Mr. Mohamed KARRA

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne-Clinique Royale
Anesthésie -Réanimation
Pathologie Chirurgicale

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne –Doyen de la FMPR
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. TAZI Saoud Anas

Gynécologie -Obstétrique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENSOUA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZAD Rachid
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique Méd. Chef Maternité des Orangers
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie- Dir. du Centre National PV Rabat
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUA Adil
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale Doyen de FMPT
Anesthésie Réanimation
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Anatomie
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques Doyen de la FMPA
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale – Directeur du CHIS
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Urologie **Inspecteur du SSM**
Pédiatrie
Traumatologie – Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. EL MESNAOUI Abbas
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOVAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Néphrologie
Cardiologie **Directeur HMI Mohammed V**

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BIROUK Nazha
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Neurologie
Cardiologie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie **Directeur Hôp.Ar-razi Salé**
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*

Neurologie Doyen de la FMP Abulcassis
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUAMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie - [Directeur Hôp. Cheikh Zaid](#)
Urologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pédiatrie

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJILIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQLI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie - [Pédiatrique Directeur Hôp. Des Enfants Rabat](#)
Chirurgie Générale
Pédiatrie - [Directeur Hôp. Univ. International \(Cheikh Khalifa\)](#)
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale [Directeur Hôpital Ibn Sina](#)
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique [V-D chargé Aff Acad. Est.](#)
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
Pr. FILALI ADIB Abdelhai

Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Gynécologie Obstétrique

Pr. HAJJI Zakia
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RAISS Mohamed
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Ophtalmologie
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLEH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre *
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif*
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Rhumatologie **Directeur Hôp. Al Ayachi Salé**
Pédiatrie
Cardiologie
Biophysique
Cardiologie (mise en disponibilité)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal

Rhumatologie
Hématologie
O.R.L
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire. **Directeur Hôpital Ibn Sina Marr.**
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie

Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. AMHAJJI Larbi *
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed *
Pr. BALOUCH Lhousaine *
Pr. BENZIANE Hamid *
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHERKAOUI Naoual *
Pr. EL BEKKALI Youssef *
Pr. EL ABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Nouredine
Pr. HADADI Khalid *
Pr. ICHOU Mohamed *
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LOUZI Lhoussain *
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. OUZZIF Ez zohra *
Pr. SEFFAR Myriame
Pr. SEKHSOKH Yessine *
Pr. SIFAT Hassan *
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
Pr. TANANE Mansour *
Pr. TLIGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie cardio-vasculaire
Chirurgie générale
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Microbiologie
Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Hématologie biologique
Biochimie-chimie
Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie-orthopédie
Parasitologie
Cardiologie

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali *
Pr. AGADR Aomar *
Pr. AIT ALI Abdelmounaim *
Pr. AKHADDAR Ali *

Médecine interne
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Neuro-chirurgie

Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir
Pr. BELYAMANI Lahcen *
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae *
Pr. BOUI Mohammed *
Pr. BOUNAIM Ahmed *
Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
Pr. CHTATA Hassan Toufik *
Pr. DOGHMI Kamal *
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENNASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid *
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. LAMSAOURI Jamal *
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Decembre 2010

Pr.ZNATI Kaoutar

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil *
Pr. BENCHEBBA Driss *

Radiologie
Rhumatologie
Neuro-chirurgie [Directeur Hôp.des Spécialités](#)
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie-orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-Phtisiologie

Anesthésie réanimation
Médecine Interne [Directeur ERSSM](#)
Physiologie
Microbiologie
Médecine Aéronautique
Biochimie- Chimie
Radiologie
Chirurgie Pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Plastique et Réparatrice
Urologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique

Anatomie Pathologique

Chirurgie pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Traumatologie-orthopédie

Pr. DRISSI Mohamed *
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL OUAZZANI Hanane *
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed

Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique

Février 2013

Pr.AHID Samir
Pr.AIT EL CADI Mina
Pr.AMRANI HANCHI Laila
Pr.AMOR Mourad
Pr.AWAB Almahdi
Pr.BELAYACHI Jihane
Pr.BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr.BENCHEKROUN Laila
Pr.BENKIRANE Souad
Pr.BENSGHIR Mustapha *
Pr.BENYAHIA Mohammed *
Pr.BOUATIA Mustapha
Pr.BOUABID Ahmed Salim*
Pr BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr.CHAIB Ali *
Pr.DENDANE Tarek
Pr.DINI Nouzha *
Pr.ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr.ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr.ELFATEMI NIZARE
Pr.EL GUERROUJ Hasnae
Pr.EL HARTI Jaouad
Pr.EL JAOUDI Rachid *
Pr.EL KABABRI Maria
Pr.EL KHANNOUSSI Basma
Pr.EL KHLOUFI Samir
Pr.EL KORAICHI Alae
Pr.EN-NOUALI Hassane *
Pr.ERRGUIG Laila
Pr.FIKRI Meryem
Pr.GHFIR Imade
Pr.IMANE Zineb
Pr.IRAQI Hind
Pr.KABBAJ Hakima
Pr.KADIRI Mohamed *
Pr.LATIB Rachida
Pr.MAAMAR Mouna Fatima Zahra
Pr.MEDDAH Bouchra
Pr.MELHAOUI Adyl
Pr.MRABTI Hind
Pr.NEJJARI Rachid
Pr.OUBEJJA Houda
Pr.OUKABLI Mohamed *
Pr.RAHALI Younes
Pr.RATBI Ilham
Pr.RAHMANI Mounia
Pr.REDA Karim *

Pharmacologie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie-Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique et Bromatologie
Traumatologie orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie
Anatomie Pathologique
Anatomie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Physiologie
Radiologie
Médecine Nucléaire
Pédiatrie
Endocrinologie et maladies métaboliques
Microbiologie
Psychiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Pharmacologie
Neuro-chirurgie
Oncologie Médicale
Pharmacognosie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique
Pharmacie Galénique [Vice-Doyen à la Pharmacie](#)
Génétique
Neurologie
Ophtalmologie

Pr.REGRAGUI Wafa
Pr.RKAIN Hanan
Pr.ROSTOM Samira
Pr.ROUAS Lamiaa
Pr.ROUIBAA Fedoua *
Pr SALIHOUN Mouna
Pr.SAYAH Rochde
Pr.SEDDIK Hassan *
Pr.ZERHOUNI Hicham
Pr.ZINE Ali *

Neurologie
Physiologie
Rhumatologie
Anatomie Pathologique
Gastro-Entérologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Chirurgie Pédiatrique
Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr.EL KHATIB MOHAMED KARIM *

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

Mai 2013

Pr. BOUSLIMAN Yassir*

Toxicologie

Mars 2014

Pr. ACHIR Abdellah
Pr.BENCHAKROUN Mohammed *
Pr.BOUCHIKH Mohammed
Pr. EL KABBAJ Driss *
Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira *
Pr. HARDIZI Houyam
Pr. HASSANI Amale *
Pr. HERRAK Laila
Pr. JEAIDI Anass *
Pr. KOUACH Jaouad*
Pr. MAKRAM Sanaa *
Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar
Pr. SEKKACH Youssef*
Pr. TAZI MOUKHA Zakia

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Hématologie Biologique
Gynécologie-Obstétrique
Pharmacologie
CCV
Médecine Interne
Gynécologie-Obstétrique

Décembre 2014

Pr. ABILKACEM Rachid*
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila
Pr. BEKKALI Hicham *
Pr. BENAZZOU Salma
Pr. BOUABDELLAH Mounya
Pr. BOUCHRIK Mourad*
Pr. DERRAJI Soufiane*
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim*
Pr. EL MARJANY Mohammed*
Pr. FEJJAL Nawfal
Pr. JAHIDI Mohamed*
Pr. LAKHAL Zouhair*
Pr. OUDGHIRI NEZHA
Pr. RAMI Mohamed
Pr. SABIR Maria
Pr. SBAI IDRISSE Karim*

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

Aout 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHIRI Latifa

Dermatologie
Rhumatologie

PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2016

Pr. BENKABBOU Amine	Chirurgie Générale
Pr. EL ASRI Fouad*	Ophtalmologie
Pr. ERRAMI Nouredine*	O.R.L
Pr. NITASSI Sophia	O.R.L

Juin 2017

Pr. ABI Rachid*	Microbiologie
Pr. ASFALOU Ilyasse*	Cardiologie
Pr. BOUAITI EL Arbi*	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. BOUTAYEB Saber	Oncologie Médicale
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim	Oncologie Médicale
Pr. HAFIDI Jawad	Anatomie
Pr. MAJBAR Mohammed Anas	Chirurgie Générale
Pr. OURAINI Saloua*	O.R.L
Pr. RAZINE Rachid	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. SOUADKA Amine	Chirurgie Générale
Pr. ZRARA Abdelhamid*	Immunologie

Mai 2018

Pr. AMMOURI Wafa	Médecine interne
Pr. BENTALHA Aziza	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL AHMADI Brahim	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL HARRECH Youness*	Urologie
Pr. EL KACEMI Hanan	Radiothérapie
Pr. EL MAJJAOUI Sanaa	Radiothérapie
Pr. FATIHI Jamal*	Médecine Interne
Pr. GHANNAM Abdel-Ilah	Anesthésie-Réanimation
Pr. JROUNDI Imane	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. MOATASSIM BILLAH Nabil	Radiologie
Pr. TADILI Sidi Jawad	Anesthésie-Réanimation
Pr. TANZ Rachid*	Oncologie Médicale

Novembre 2018

Pr. AMELLAL Mina	Anatomie
Pr. SOULY Karim	Microbiologie
Pr. TAHRI Rajae	Histologie-Embryologie-Cytogénétique

Novembre 2019

Pr. AATIF Taoufiq*	Néphrologie
Pr. ACHBOUK Abdelhafid *	Chirurgie réparatrice et plastique
Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid	Radiothérapie
Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah*	Gynécologie-Obstétrique
Pr. BASSIR RIDA ALLAH	Anatomie
Pr. BOUATTAR TARIK	Néphrologie
Pr. BOUFETTAL MONSEF	Anatomie
Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed *	Chirurgie-Générale
Pr. BOUZELMAT HICHAM *	Cardiologie
Pr. BOUKHRIS JALAL *	Traumatologie-Orthopédie
Pr. CHAFRY BOUCHAIB *	Traumatologie-Orthopédie
Pr. CHAHDI HAFSA*	Anatomie pathologique
Pr. CHERIF EL ASRI ABAD *	Neuro-chirurgie
Pr. DAMIRI AMAL *	Anatomie Pathologique

Pr. DOGHMI NAWFAL *	Anesthésie-Réanimation
Pr. ELALAOUI SIDI-YASSIR	Pharmacie-Galénique
Pr. EL ANNAZ HICHAM*	Virologie
Pr. EL HASSANI MOULAY EL MEHDI*	Gynécologie-Obstétrique
Pr. EL HJOUJI ABDERRAHMAN *	Chirurgie Générale
Pr. EL KAOUI HAKIM *	Chirurgie Générale
Pr. EL WALI ABDERRAHMAN*	Anesthésie-Réanimation
Pr. EN-NAFAA ISSAM *	Radiologie
Pr. HAMAMA JALAL *	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. HEMMAOUI BOUCHAIB*	O.R.L
Pr. HJIRA NAOUFAL *	Dermatologie
Pr. JIRA MOHAMED *	Médecine interne
Pr. JNIENE ASMAA	Physiologie
Pr. LARAQUI HICHAM *	Chirurgie-Générale
Pr. MAHFOUD TARIK *	Oncologie Médicale
Pr. MEZIANE MOHAMMED *	Anesthésie-Réanimation
Pr. MOUTAKI ALLAH YOUNES *	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. MOUZARI YASSINE *	Ophtalmologie
Pr. NAOUI HAFIDA *	Parasitologie-Mycologie
Pr. OBTEL MAJDOULINE	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. OURRAI ABDELHAKIM *	Pédiatrie
Pr. SAOUAB RACHIDA *	Radiologie
Pr. SBITTI YASSIR *	Oncologie Médicale
Pr. ZADDOUG OMAR*	Traumatologie-Orthopédie
Pr. ZIDOUH SAAD *	Anesthésie-Réanimation

2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUE

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie-chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr .BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie <u>Vice-Doyen chargé de la Rech. et de la Coop.</u>
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. RIDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

PROFESSEURS HABILITES :

Pr .BENZEID Hanane	Chimie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie-chimie
Pr .DOUKKALI Anass	Chimie Analytique
Pr .EL JASTIMI Jamila	Chimie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Histologie-Embryologie
Pr.LYAHYAI Jaber	Génétique
Pr. OUADGHIRI Mouna	Microbiologie et Biologie
Pr. RAMLI Youssef	Chimie
Pr. SERRAGUI Samira	Pharmacologie
Pr. TAZI Ahnini	Génétique
Pr. YAGOUBI Maamar	Eau, Environnement

Mise à jour le 09/04/2021

KHALED Abdellah

Chef du Service des Ressources Humaines

FMPR



Dédicace



A mes parents Jamila et Hassan,

Je suis partie de notre cocon familiale, là où vous m'aviez appris à être persévérante et patiente pour atteindre mes objectifs jusqu'au bout, pour commencer un nouveau chapitre de ma vie. J'étais peut être discrète par rapport à ce que j'étais en train de construire et de devenir, peut-être par peur de me voir grandir, j'ai beau repoussé ce jour, mais il est temps de vous l'avouer, votre fille est devenue médecin, soyez les parents les plus fières. Ce travail est dédié à vous. Aujourd'hui, je ne suis pas ici par hasard, vous m'avez toujours accompagnée et soutenue pour être la personne que je suis devenue maintenant. Je vous remercie du fond de mon cœur et j'espère vous voir s'épanouir et découvrir le monde en bonne santé.

A Tate Souad,

Je ne saurais exprimer ma gratitude envers toi durant toutes ces années partagées ensemble sous le même toit, tu étais ma deuxième mère et le seul témoignage à mes souffrances, joies, peurs et réussites durant tout mon cursus médical.

Merci pour ton soutien et ta patience envers moi, merci de m'avoir fait découvrir ton monde artistique : cuisine, chorale, Oleg, Fayrouz... dont j'étais peut être juste une admiratrice, mais c'est aussi là que j'ai découvert l'esprit artistique en moi, que j'épanouirai sûrement au futur. Tate, même si mon chemin ici à Rabat est accompli, You will always be my HOME !

Thank you for everything.

A ma grand-mère,

*Mama Hajja, je ne saurais pas comment te remercier
ou t'exprimer mon amour et ma gratitude envers toi,
mais je veux te dire merci pour la paix, la sécurité et la sagesse
que tu me procures et merci de m'avoir inspirée ta simplicité
et ta joie de vivre.*

A mon frère Youssef,

*Je sais que tu es fier de ta sœur, même si on ne se le dit pas souvent.
J'espère te voir heureux et que tu puisses accomplir tous tes projets
de vie. Je te remercie pour tout et sache que je suis
ta petite sœur sur qui tu peux compter à n'importe
quel moment de la vie.*

A ma chère cousine Yasmina,

*Yasmina, ma chère cousine, ma sœur et ma meilleure amie,
tu as partagé avec moi ces deux dernières années les plus dures,
tu as vu mes hauts et bas, tu as été la seule à me voir douter sur mon
parcours sans se lasser de mes hésitations et mes inquiétudes.*

Tu as été là à m'écouter et à me soutenir dans toutes mes décisions.

*Tu as toujours été fière de moi depuis le début. Yasmina j'espère
te voir heureuse et découvrir le monde comme tu le souhaites,
j'espère aussi qu'on le fera ensemble un jour avec notre caméra.*

*Sache aussi que je serai toujours ta sœur à te soutenir
et à te prendre la main à n'importe quel moment de ta vie.*

A ma tante Nazik,

*Tu sais très bien que tu étais "mon porte bonheur"
avant chaque défi de ma vie et tu le seras toujours.*

*Merci de m'avoir inspirée ton optimisme et ton sourire,
je serais toujours là à t'aider et à t'écouter quand tu en as besoin.*

A ma tante Nassima,

Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenue dans chaque pas de ma vie, merci pour la maturité et le soutien que tu m'apportais, merci de m'avoir inspirée ton professionnalisme et ton progrès.

A ma tante Samia,

Tata Samia, merci d'avoir toujours été fière de moi, merci de m'avoir inspirée tes réussites et ton assurance envers toi-même.

A Soraya,

Ma chère amie, on a grandi ensemble durant toutes ces années d'études, on a partagé et vécu beaucoup de moments et d'expériences ensemble. Chacune de nous va prendre maintenant un chemin différent de sa vie, mais tu seras toujours ma chère amie, celle qui a toujours su comment me soutenir, m'aider et me reconforter. Je te souhaite plein de succès pour la suite.

A Wassim,

Je ne saurais pas comment j'aurais passé ces deux dernières années sans t'avoir connu, ta présence était certes virtuelle, mais c'était tout ce dont j'avais besoin pour surmonter mes obstacles.

Merci pour tes conseils, ton soutien et ton temps.

Merci de m'avoir aidé à prendre conscience de certaines choses dans ma vie que je vais pouvoir évoluer pour ma future personne.

Je te souhaite sérénité, paix intérieur et liberté.

A toute ma famille,

Merci d'avoir cru en moi et d'avoir été toujours fière de moi.

Je vous aime très fort grand et petit.

A tous ceux que j'oublie surement mais qui ont aussi beaucoup compté.



Remerciements



*À notre maître et président de thèse
monsieur le professeur Kisra*

*Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de présider
et juger cette thèse. Nous vous remercions infiniment de nous avoir fait
partager votre passion pour la psychiatrie. Veuillez recevoir le
témoignage de notre profond respect et considération.*

*À notre maître et rapporteur de thèse
madame la professeure Sabir,*

Je vous remercie énormément d'avoir acceptée de diriger ce travail, un grand Merci pour tout le temps et l'effort passé sur mon projet. Vous m'aviez soutenue, corrigée et rassurée. Je vous remercie pour votre patience et votre persévérance. Veuillez recevoir le témoignage de ma profonde reconnaissance et gratitude.

*À notre maître et juge de thèse
monsieur le professeur Kadiri,*

*Veillez trouver ici, monsieur le professeur, l'expression
de nos sincères remerciements, vous nous faites
l'honneur d'avoir accepté de juger cette thèse.*

*À notre maître et juge de thèse
madame la professeure Alaoui,*

*Nous vous remercions d'avoir acceptée
de participer au jugement de cette thèse.
Soyez assurée de toute notre considération et respect.*

*À notre maître et juge de thèse
madame la professeure El Omari,*

*Vous nous faites l'honneur d'avoir acceptée de juger ce travail.
Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.*

*À tous les étudiants de médecine de Rabat
qui ont participé à cette étude,*

*Je vous remercie infiniment d'avoir accepté de prendre
votre temps à répondre sincèrement au questionnaire,
merci de nous avoir confiés vos informations les plus intimes.*



Liste des abréviations



LISTE DES ABREVIATIONS

AM	: Anorexie Mentale
BDD	: Body Dysmorphic Disorder
BITE	: Bulimic Inventory Test of Edinburgh
BN	: Boulimie Nerveuse
BULIT-R	: Bulimia Test-Revised
CIM-10	: Classification Internationale des Maladies (10ème édition)
CIM-11	: Classification Internationale des Maladies (11ème édition)
DSM-IV-TR	: Quatrième révision du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
DSM-5	: Cinquième édition du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
DIS	: Diagnostic Interview Schedule
EAT	: Eating Attitudes Test
EDE	: Eating Disorder Examination
EDI-2	: Eating Disorder Inventory-2
EDM	: Episode Dépressif Majeur
EDNOS	: Eating Disorder Not Otherwise Specified
HN	: Hyperphagie Nocturne
HAD	: Hospital Anxiety and Depression
HAS	: Haute Autorité de Santé
HB	: Hyperphagie Boulimique
IMC	: Indice de Masse Corporelle
MINI	: Mini International Neuropsychiatric Interview
NES	: Night Eating Syndrom
OSFED	: Other Specified Feeding or Eating Disorders

OMS : Organisation Mondiale de Santé

PDC : Peur d'une Dysmorphie Corporelle

SCAN : Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry

SCID-I : Structured Clinical Interview for DSM-IV

SCOFF : Sick, Control, One, Fat, Food

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires

TCC : Approche Cognitivo-Comportementale



***Liste
des illustrations***



LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Régulation du comportement alimentaire normal par différents facteurs (16)	11
Figure 2 : Répartition des étudiants selon l'âge.....	87
Figure 3 : Répartition des étudiants selon le niveau d'étude	89
Figure 4 : Répartition des étudiants selon le niveau économique.....	90
Figure 5 : Répartition des étudiants selon le nombre de fratrie	91
Figure 6 : Répartition des étudiants selon l'IMC.....	94
Figure 7 : les moyennes des scores des sous-echelles de l'edi-2 en rapport avec scoff.....	104
Figure 8 : Evaluation De L'edi-2 En Fonction Du Sexe	105
Figure 9 : Evaluation De l'edi-2 En Fonction Du Niveau Socio-Economique	106
Figure 10 : Evaluation de l'edi-2 en fonction de l'indice de masse corporelle	107

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les 5 questions composant le SCOFF dans sa version originale. (58)	56
Tableau 2 : Version française du questionnaire SCOFF (SCOFF-F) (60).	57
Tableau 3 : Critères somatiques d'hospitalisation selon la HAS (2010) (84)	68
Tableau 4 : Critères psychiatriques d'hospitalisation selon la HAS (2010) (84).....	69
Tableau 5 : Critères environnementaux d'hospitalisation selon la HAS (2010) (84).....	69
Tableau 6 : Répartition des étudiants selon le sexe	88
Tableau 7 : Répartition des étudiants selon les antécédents psychiatriques personnels et familiaux ..	93
Tableau 8 : Répartition des étudiants selon l'utilisation des moyens de contrôle du poids	95
Tableau 9 : Répartition des étudiants selon les stratégies de contrôle du poids	95
Tableau 10 : Répartition des étudiants selon la prévalence de TCA.....	96
Tableau 11 : SCOFF en fonction du sexe, l'âge, le nombre fratrie et le niveau économique	98
Tableau 12 : SCOFF en fonction de l'IMC.....	99
Tableau 13 : SCOFF en fonction des antécédents addictifs.	100
Tableau 14 : SCOFF en fonction des antécédents familiaux de TCA.	100
Tableau 15 : SCOFF et l'utilisation des stratégies de contrôle du poids	102
Tableau 16 : SCOFF en rapport avec le score HAD-anxiété	103



Sommaire



SOMMAIRE

PARTIE THEORIQUE	1
I) INTRODUCTION- INTERET DU SUJET :.....	2
II) PHYSIOLOGIE ET REGULATION DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE :.....	6
A). Physiologie du comportement alimentaire :	6
B). Régulation du comportement alimentaire :.....	6
B.1.Facteurs physiologiques :.....	6
B.2.Facteurs socioculturels :	9
B.3.Facteurs psychoactifs :.....	9
B.4.Facteurs cognitifs :	10
III) LES TCA :.....	12
A- Définition :.....	12
B- Classifications :	13
C- Les différents types de TCA :	15
C.1.Anorexie mentale :	15
a- Définition :.....	15
b- Epidémiologie :.....	16
c- Clinique : Forme typique « anorexie mentale de la jeune fille » :	18
1- Début :.....	18
2- Triade classique : les 3 « A » :	19
3- Les symptômes associés :	21
d- Diagnostic :.....	25
1- Le diagnostic positif :	25
2- Diagnostic différentiel :	27

C.2. Boulimie :	33
a. Définition :	33
b. Epidémiologie :	34
c. Clinique : Forme typique « compulsive normo-pondérale » évoluant par accès (1 à 2 / semaine) avec vomissements auto-provoqués	36
1) L'accès boulimique :	36
2) Stratégies de contrôle du poids :	37
3) Vécu affectif :	38
d. Diagnostic :	38
1) Diagnostic positif :	38
2) Diagnostic différentiel :	39
e. Les formes cliniques :	41
f. Evolution-Complications :	42
1) Evolution spontanée :	42
2) Evolution sous traitement :	43
3) Complications :	43
C.3. Hyperphagie boulimique :	45
a). Définition :	45
b). Epidémiologie :	45
C.4. Autres TCA :	46
IV) ETIOPATHOGENIE DES TCA :	48
A). Les facteurs neurobiologiques :	48
B). Les facteurs génétiques :	49
C). Les facteurs psychologiques :	50

D).	Les facteurs sociologiques :	50
D.1.	Les pressions sociales et la valorisation de la minceur :	50
D.2.	Les facteurs familiaux :	51
E).	La relation avec le corps :	52
V)	INSTRUMENTS-QUESTIONNAIRES D’EVALUATION DE TCA :	55
1.	Le SCOFF ou SCOFF-F	56
2.	Eating Disorders Examination :	57
3.	Les autres entretiens de diagnostic :	58
4.	Les Auto-questionnaires d’évaluation des TCA :	59
a.	L’Eating Attitudes Test (EAT) et l’Eating Disorder Inventory (EDI):	59
b.	Le Bulimia Test-Revised (BULIT-R) et le Bulimic Inventory Test of Edinburgh (BITE):	60
5.	Dépistage des troubles des conduites alimentaires chez les enfants et les préadolescents :	61
VI)	COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES :	62
A).	Les troubles anxiodépressifs :	62
B).	Les troubles obsessionnels compulsifs :	62
C).	Addictions :	63
VII).	PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES TCA :	64
A).	Objectifs :	65
B).	Moyens :	65
B.1.	Prise en charge ambulatoire :	65
B.2.	Évaluation de la gravité et critères d’hospitalisation :	66
B.3.	Prise en charge nutritionnelle :	70
B.4.	Prise en charge psychologique et psychothérapeutique :	70

B.5. Place des traitements pharmacologiques dans les TCA :	73
C). Indications :	74
C.1. De l'anorexie mentale.....	74
C.2. De la Boulimie nerveuse :.....	76
C.3. De l'Hyperphagie Boulimique :	78
I). OBJECTIFS DE L'ETUDE :	81
II) Matériel Et Méthode :	81
A). Population ciblée :	81
A.1.Critères d'inclusion :	81
A.2.Critères d'exclusion :	81
B).Consentement et aspect éthique:	81
C). Période et type d'étude	81
D). Déroulement de l'enquête et recueil des données	82
E). Instruments utilisés : (Voir annexe) :.....	82
E.1. Le Questionnaire :	82
a).Les données sociodémographiques et économiques :	82
b). Les données cliniques :	82
E.2. Le Questionnaire SCOFF :.....	83
E.3. Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) :	83
E.4. HAD anxiété :.....	84
F).Outil statistique utilisé :.....	85
I) ETUDE DESCRIPTIVE :	87
A). Les données sociodémographiques et économiques:	87
A.1. Âge :	87

A.2. Sexe :	88
A.3.Niveau d'étude :	89
A.4.L'estimation subjective du niveau socio- économique :	90
A.5.La fratrie :	91
B-Données cliniques:	92
B.1. Répartition selon les antécédents psychiatriques et addictologiques:	92
a). Antécédents personnels :	92
b).Les antécédents familiaux :	93
B.2. Répartition selon l'IMC :	94
B.3. Répartition selon les moyens de contrôle du poids utilisés :	95
C) Prévalence des TCA :	96
II) ETUDE ANALYTIQUE :	97
A. Facteurs associés au risque de TCA:	97
A-1).SCOFF en fonction des données socio-économiques :	97
a) Sexe :	97
b) Age :	97
c) La fratrie :	97
d) Niveau socio-économique :	97
e) IMC :	99
f) Les antécédents personnels addictifs:	100
g) Les antécédents familiaux de TCA et SCOFF :	100
h) SCOFF et stratégies de contrôle du poids	101
1)Régimes alimentaire :	101
2).Le sport :	101

3).Le jeûne :.....	101
4)Laxatifs :	101
5)Coupes faim :	101
B. SCOFF et anxiété chez les étudiants en médecine:.....	103
C. Evaluation des 4 sous-échelles EDI-2 chez les étudiants en médecine.....	104
III) DISCUSSION :.....	109
IV) LES LIMITES DE L'ETUDE :.....	118
V) CONCLUSION / PERSPECTIVES :	121
RESUMES	123
ANNEXES	127
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	137



Partie théorique



I) INTRODUCTION- INTERET DU SUJET :

Dans notre société, la nourriture occupe une place très importante. Nous sommes régulièrement encouragés à manger. L'alimentation à l'extérieur est devenue l'une des activités sociales les plus pratiquées. L'incitation à manger est encouragée, mais paradoxalement la restriction est aussi constante : nombre de publicités pour des produits hypercaloriques, les aliments sucrés sont considérés comme des récompenses, la consommation de fast-food est actuellement très favorisé (1).

L'alimentation est devenue un marché énorme. Il est difficile, aujourd'hui, de ne pas céder à la tentation de manger, de plus, se nourrir est devenue aujourd'hui un plaisir et une envie, plus qu'un besoin ou une simple sensation de faim. À l'inverse, notre société nous incite également à la restriction alimentaire, une société où l'idéalisation de la minceur, ainsi qu'une valorisation extrême de la maîtrise et de la performance sont prônées, et une focalisation importante sur l'apparence physique principalement chez les jeunes filles, qui pour la plupart, se déclarent insatisfaites de leur corps. Ce paradoxe pourrait contribuer entre autres à l'apparition des troubles des conduites alimentaires. (2)

En général, les troubles des conduites alimentaires (TCA) débutent à l'enfance et l'adolescence, principalement chez le sexe féminin. En raison des complications nutritionnelles (obésité ou dénutrition) et psychologiques importantes, ces troubles sont un véritable problème de santé publique. En effet, l'anorexie mentale est une urgence psychiatrique qui met en jeu le pronostic vital. En effet, l'anorexie mentale est le trouble psychiatrique dont le taux de mortalité le plus élevé avec environ 5% de décès par dénutrition, par suicide ou

par d'autres causes (3). Par ailleurs, ce trouble alimentaire comporte des complications somatiques et psychiatriques nombreuses : insuffisance cardiaque, ostéoporose, dépression, risque de chronicité, de rechute et de désinsertion sociale (4).

L'anorexie mentale (AM), la boulimie nerveuse (BN), l'hyperphagie boulimique (HB) sont les principaux TCA. Ces derniers sont classifiés dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux dans sa 5ème version (DSM-5). D'autres TCA sont classés dans les troubles atypiques : **EDNOS** (Eating Disorder Not Otherwise Specified) / **OSFED** (Other Specified Feeding or Eating Disorder) comme l'hyperphagie nocturne (HN). Certains troubles ne sont pas classés dans le DSM-5, comme le grignotage, mais conduisent aussi au surpoids. Le diagnostic en médecine générale n'est pas facile surtout chez les adolescents et jeunes adultes qui consultent peu.

Plus encore, dans notre société marocaine, malgré le fait que le terme d'anorexie mentale soit de plus en plus familier, sa gravité n'est pas prise en considération par une majorité de personnes. Les images véhiculées par les médias et la méconnaissance des professionnels de santé de ces troubles retardent le dépistage et le diagnostic (5). Lorsque l'on évoque « une personne anorexique », nous imaginons une jeune fille très maigre qui refuse toute nourriture par peur de grossir. Mais cette pathologie va bien au-delà du contexte alimentaire.

Les TCA sont tous une conséquence d'une souffrance psychologique qui dépasse la simple volonté de maigrir ou l'obstacle de tisser un rapport sain avec l'alimentation. Les personnes qui souffrent de ce trouble ont des caractéristiques psychologiques en commun : excès de perfectionnisme, manque de confiance et

d'estime de soi, ou encore le besoin de tout contrôler. Les patients souffrant de TCA s'enferment dans une souffrance solitaire, l'intervention des spécialistes est donc nécessaire. Cette prise en charge doit comporter trois volets : nutritionnelle, comportementale et psychologique (6-7-8).

La présentation clinique classique des troubles des conduites alimentaires, est celle d'une jeune femme occidentale, issue d'une classe sociale aisée. Or, notre culture arabo-musulmane n'est pas épargnée par les TCA. Plusieurs études ont, en effet, mis en évidence la présence importante de ces troubles dans les cultures non-occidentales. (10) Ainsi, les médias occidentaux ont joué un rôle clé dans l'évolution des critères de beauté, et les perceptions des modèles esthétiques : le surpoids était traditionnellement considéré comme un signe de beauté dans la culture arabe, or les femmes plus minces sont maintenant davantage considérées comme plus attractives. Ceci peut entraîner une transition nutritionnelle plus restrictive, une perte de poids volontaire, et un risque plus élevé de TCA. Par ailleurs, plusieurs auteurs ont abordé la situation de conflit des jeunes générations de ces cultures non-occidentales, entre les valeurs traditionnelles imposées par les règles sociales locales, et l'ouverture à des valeurs occidentales véhiculées par les médias. (9)

En réponse à ce conflit dans lequel se trouvent les jeunes de notre société, et à la fréquence de ce trouble et de sa gravité, il nous a semblé légitime de poser un regard interrogateur sur la nature des conduites alimentaires chez ces jeunes, et particulièrement au degré de présence des TCA chez les étudiants de notre faculté de médecine. Leur filière étant considérée comme la plus longue et la plus stressante des études universitaires. L'incitation à des performances scolaires élevées et à l'accomplissement personnel, qui s'opposent parfois aux conditions défavorables du travail. Ces jeunes adultes sont alors souvent

confrontés à des pressions diverses et contradictoires au cours de leur parcours universitaire.

A notre connaissance, rares sont les recherches faites sur l'évaluation des TCA au sein des étudiants en médecine à Rabat. Par ailleurs, il existe une étude faite à Fès en 2015 portant sur le même sujet de TCA chez les étudiants en médecine, qui a étudié la prévalence de ces troubles chez ces étudiants à travers le test SCOFF, ce dernier est un questionnaire rapide et simple composé de cinq questions dichotomiques, afin de dépister la présence d'un TCA chez un patient. Cette étude a trouvé une prévalence de 32,8% pour les sujets à risque (SCOFF +) avec : 2,1% Boulimie (15 cas) et 0,4% Anorexie mentale (3 cas) (10).

Notre étude descriptive et analytique a donc pour objectifs :

- ✓ Rechercher la prévalence des TCA chez les étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat.
- ✓ Analyser les facteurs liés aux TCA chez ces derniers.

II) PHYSIOLOGIE ET REGULATION DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE :

A). Physiologie du comportement alimentaire : (11)

Le comportement alimentaire est l'ensemble des conduites qu'une personne a vis-à-vis de la consommation d'aliments. L'apport de l'énergie et des composés biochimiques nécessaires au maintien du fonctionnement de l'organisme est la principale fonction physiologique de ce comportement. Il s'agit d'un comportement finement structuré.

Le système nerveux central (SNC) régule le comportement alimentaire. Il existe des centres principaux de contrôle du comportement alimentaire qui se trouvent au niveau de l'hypothalamus. La découverte progressive d'un grand nombre de récepteurs de neuromédiateurs, et de populations neuronales a compliqué les notions classiques opposant un centre de la faim et un centre de la satiété. Des informations sur le statut énergétique de l'organisme sont reçues par des circuits neuronaux par voie hormonale et nerveuse, pour s'adapter avec les apports aux besoins avec une très grande précision. Cette régulation physiologique est influencée par des facteurs sociaux, environnementaux, génétiques et psychologiques, qui peuvent la troubler.

B). Régulation du comportement alimentaire :

B.1.Facteurs physiologiques : (12)

- Le comportement alimentaire est guidé par les sensations de satiété et de faim. Comme la majorité des comportements, le comportement alimentaire est régulé par le système nerveux central et plus précisément deux structures qui sont : l'hypothalamus et le tronc cérébral, à travers un grand nombre récepteurs de neurotransmetteur, et de circuits neuronaux.

- Dans l'hypothalamus, les structures intervenantes dans le comportement alimentaire sont :
 - ✓ **Le noyau arqué** reçoit des signaux qui ne traversent pas la barrière hémato méningée. Il contient aussi des neurones associés aux voies orexigènes (augmentant l'appétit) et anorexigènes (diminuant l'appétit).
 - ✓ **Le noyau paraventriculaire** est un centre régulateur, il modifie l'appétit par l'intervention de neurotransmetteurs spécifiques.
 - ✓ **Le noyau ventromédian** contient plusieurs récepteurs de la leptine et il est également le centre de la satiété.
 - ✓ **Le noyau dorsomédian** : joue un rôle dans l'initiation de la prise alimentaire et contient des récepteurs de la leptine et de l'insuline.
 - ✓ **L'hypothalamus latéral** contient des récepteurs à NPY ainsi que des neurones sensibles au glucose, il est le centre de la faim.
- Au niveau du tronc cérébral :
 - ✓ **Le noyau du tractus solitaire** reçoit des informations de la voie vagale,
 - ✓ **Le thalamus** a un rôle dans la perception du plaisir alimentaire,
 - ✓ **Le système limbique** est impliqué dans les processus d'apprentissage et de conditionnement.
- Il existe des hormones qui sont impliqués dans la régulation du comportement alimentaire : (13)

➤ La régulation à court et à moyen terme :

Elle est contrôlée par trois principales hormones, qui sont sécrétée après l'arrivée des aliments dans l'intestin grêle :

- ✓ **La CCK (cholécystokinine)** : cette hormone est sécrétée à l'arrivée de lipides et de protéines dans la lumière intestinale.
- ✓ **L'insuline** : elle est sécrétée à l'arrivée de glucose dans la circulation port.
- ✓ **Le peptide YY 3-36** : celui-ci est sécrété proportionnellement au contenu énergétique du repas, pendant la période post-prandiale par les cellules du côlon et de l'intestin grêle.

Ces trois hormones sont anorexigènes et permettent ainsi de réduire la prise alimentaire.

➤ La régulation à long terme :

La principale hormone impliquée dans la voie anorexigène est :

- ✓ **La leptine** : Elle est sécrétée par les adipocytes, et augmente proportionnellement avec la masse adipeuse. Elle est influencée par l'apport alimentaire : son taux augmente 4h à 5h après le repas. Elle active également les voies anorexigènes hypothalamiques, et elle inhibe aussi les neurones de la voie orexigène. Ceci engendre l'arrêt de la prise alimentaire et une augmentation de la dépense énergétique. A noter, que l'activité physique diminue la leptine circulante.

La principale hormone impliquée dans la voie orexigène est :

✓ **La ghréline** : elle est sécrétée par l'estomac et le duodénum. Elle est responsable de la sensation de faim et de l'initiation de la prise alimentaire. Son taux circulant plasmatique est augmenté avant le repas, ensuite il diminue avec la prise alimentaire. Son action est antagoniste à celle de la leptine. Elle diminue ainsi l'action anorexigène de la leptine.

B.2.Facteurs socioculturels : (13)

Chez une personne, le comportement alimentaire est régulé par des horaires précis, de repas familiaux et de convivialité. L'environnement culturel et religieux, et les traditions sociales ont un impact important sur l'alimentation de chaque individu. Lorsque ces conduites sont apprises tôt dans l'enfance, les habitudes et les rituels sont plus ancrés, et donc plus difficiles à modifier. S'installer à table à des horaires précis ou finir son assiette sont des règles éducatives familiales et sociales qui peuvent venir perturber le processus de la satiété et faire oublier les sensations de faim, de rassasiement qui doivent réguler le comportement alimentaire.

B.3.Facteurs psychoactifs :

Les émotions, le stress, l'état d'anxiété ou la mémoire d'expériences antérieures, viennent renforcer ou au contraire inhiber les signaux liés au statut énergétique. Les structures limbiques et le cortex cérébral analysent les informations sensorielles reçues par les voies dopaminergiques et permettent de les mettre face à l'état émotionnel, ou l'expérience antérieure. De cela, résultent les sensations de l'envie, de plaisir anticipé, ou de frustration, culpabilité, ou dégoût qui poussent ou retiennent à la consommation alimentaire (11).

B.4.Facteurs cognitifs :

Bien que la personne ressente une sensation de faim, elle peut choisir de refuser ou d'accepter de s'alimenter, dans certaines situations (stress, danger, obligation professionnelle). Par exemple, un phénomène de restriction cognitive se développe au début d'un régime visant à perdre du poids (14).

Il s'agit d'une conduite afin de contrôler sa consommation alimentaire pour perdre du poids. A long terme, cette conduite s'accompagne d'une augmentation paradoxale de la consommation alimentaire, et donc du poids. La maîtrise volontaire peut dépasser les sensations et signaux de régulation physiologique et peut s'installer donc des troubles des conduites alimentaires (15).

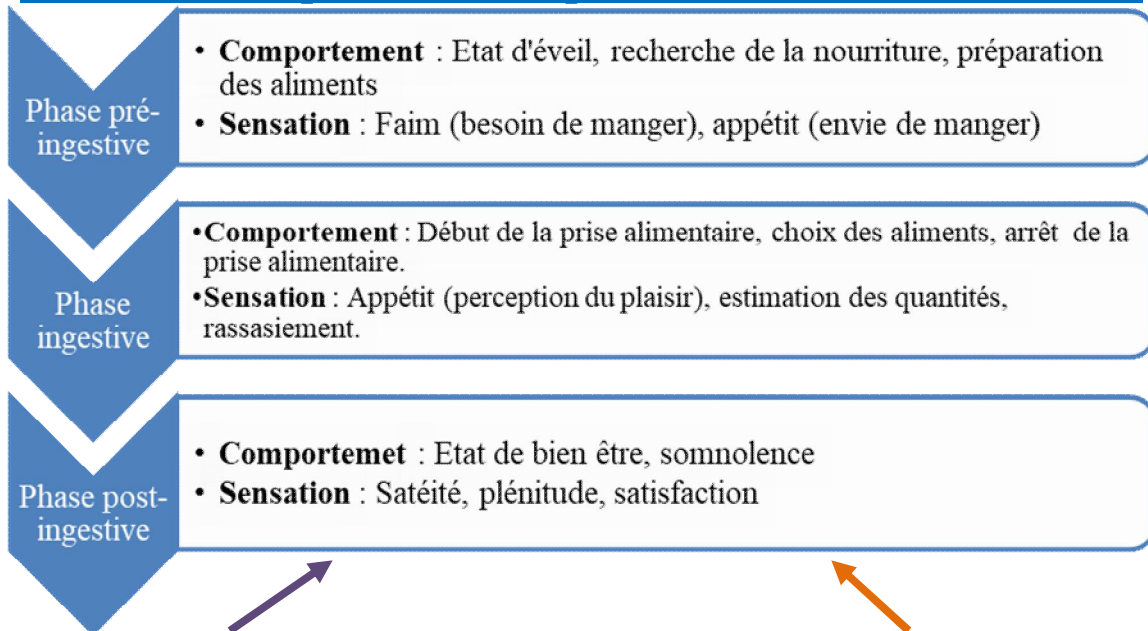
Les facteurs sociaux et familiaux :

Le comportement alimentaire est régulé par les normes sociales et familiales :

- La vie en société impose des heures et des nombres précis de repas.
- Il existe des habitudes et des rituels alimentaires dans chaque famille, selon sa culture.
- Les préférences et les rejets alimentaires sont appris, selon l'entourage où l'on vit.
- L'idéal de la minceur est souvent prôné, surtout chez les femmes, l'obligeant à suivre une restriction alimentaire.



Les différentes phases du comportement alimentaire normal :



<u>Les facteurs cognitifs</u>	<u>Les facteurs psycho affectifs</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Croyances par rapport aux aliments • Régimes et restrictions cognitives • Régimes liés aux pathologies • Pensées dysfonctionnelles (par exemple : la confiance en soi est reliée au poids, être mince permet de réussir sa vie...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Génèrent des sensations (serrement d'estomac, palpitations, sueurs, nausées) qui peuvent interférer avec la faim et la satiété. • Génèrent des émotions négatives qui peuvent être à l'origine des troubles du comportement alimentaires.

Figure 1 : Régulation du comportement alimentaire normal par différents facteurs (16)

III) LES TCA :

A- Définition :

Les troubles du comportement sont des pathologies de plus en plus fréquentes, et présentent un véritable problème de santé publique, non seulement pas leur complications somatiques et psychiatriques importantes, mais aussi par le taux de mortalité considérable (environ 5 à 10 % de décès après 10 ans d'évolution) par dénutrition, par suicide ou par d'autres causes chez les anorexiques.

Une définition faite par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2010 les définit comme « *trouble du comportement visant à contrôler son poids et altérant de façon significative la santé physique comme l'adaptation psychosociale, sans être secondaire à une affection médicale ou à un autre trouble psychiatrique* ». En général, on le définit comme des perturbations durables et importantes de l'alimentation, associées fréquemment à d'autres comportements pathologiques (17).

Les TCA sont l'expression d'une souffrance psychosomatique, et parfois des conduites d'autodestruction, notamment pour les adolescents(22). Ils sont aussi considérés comme des conduites d'addiction et de dépendance. Les différences entre un comportement normal ou pathologique se fait, en fonction des cultures et croyances de chacun, l'altération de l'état psychologique, des relations sociales, et les conséquences sur le plan somatique. (17)

En plus de l'association fréquente des troubles des conduites alimentaires à d'autres conduites addictives (abus d'alcool ou de psychotropes, conduite d'automutilation...), il existe actuellement, un certain nombre d'arguments en

faveur d'un rapprochement entre les troubles du comportement alimentaire et addictions. En effet, le terme addiction décrit en 1990 par le psychiatre GOODMAN proposa la définition suivante : « *L'addiction désigne un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire le plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé dans un modèle caractérisé par l'échec récurrent du contrôle du comportement et par la poursuite du comportement en dépit des conséquences négatives importantes* » (23). On constate que dans les troubles alimentaires, il existe un comportement qui devient progressivement compulsif (restrictions, exercice physique, vomissement, abus de laxatifs...) malgré les conséquences négatives sur la santé, et la vie sociale de l'individu. Ces personnes ont tendance à ressentir un besoin de plus en plus irrésistible pour ce comportement (Craving) qui peut perdurer même après une longue période d'abstinence. En plus, de point de vue biologique, on constate d'autres similarités : l'exercice physique intense et le jeûne, et les crises de boulimies, activent le système dopaminergique de récompense, et augmentent les niveaux de bêta-endorphines qui agissent comme le ferait une substance psychoactive exogène sur le système dopaminergique (23).

B- Classifications :

Les classifications internationales sont : **la CIM-10** (classification internationale des maladies de l'OMS dixième version) (18), actuellement l'OMS publie sa onzième version (**CIM-11**) (19), le **DSM-V** (20) qui fait suite à la 4ème édition révisée (**DSM-IV-TR**) (21).

L'anorexie mentale (AM), et **la boulimie nerveuse (BN)** sont classiquement les deux principaux troubles de conduites alimentaires. Ces deux troubles seront particulièrement plus détaillés dans notre thèse. Par ailleurs, il existe d'autres troubles décrits dans le DSM-V : (20)

- **Pica** : il se caractérise par l'ingestion répétée de substances non nutritives et non comestibles, pendant une période d'au moins un mois.

- **Mérycisme** : il se définit par une régurgitation répétée de la nourriture, pendant une période d'au moins un mois.

- **Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments** : Ce type de trouble se caractérise par une difficulté à avaler ou à digérer de la nourriture liquide ou solide, et un refus de manger en rapport avec un dégoût, et un manque d'intérêt général pour la nourriture. Ce trouble se développe en général dans l'enfance, et il n'y a pas de trouble de l'image corporelle.

- **Accès hyperphagique (binge-eating disorder)** : apparition récurrente d'accès hyperphagiques (crises de glotonnerie)

- **Autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, spécifiés** : cette catégorie correspond à des tableaux cliniques caractéristiques d'un trouble du comportement alimentaire, mais qui ne répond pas à tous les critères des troubles spécifiques. Par exemple : anorexie mentale atypique, boulimie de faible fréquence et/ou de durée limitée, syndrome d'alimentation nocturne...

- **Troubles de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, non spécifié** : cette catégorie correspond à des tableaux cliniques d'un trouble alimentaire, mais qui remplissent les critères d'aucun des troubles alimentaires spécifiques.

C- Les différents types de TCA :

C.1. Anorexie mentale : (23)

a- Définition :

Le mot anorexie dérive du grec « orexis » et signifie « absence de désir ». L'anorexie mentale, se différencie de l'anorexie secondaire, qui survient au cours d'une maladie ou à la suite de la prise d'un médicament. Depuis l'Antiquité, on a attribué plusieurs termes aux conduites anorexiques, dont la chronicité et la sévérité ont laissé croire qu'il s'agit d'un trouble névrotique tel que l'hystérie « *hysteria aepsia* », le trouble obsessionnel-compulsif ou encore un trouble de la personnalité grave.

Si l'étymologie du mot « anorexie » signifie une perte d'appétit, l'anorexie mentale est un véritable trouble de restriction alimentaire volontaire, de lutte active contre les sensations de la faim, dans le but de maigrir et de ne pas prendre du poids.

C'est un trouble psychiatrique dont le taux de mortalité est le plus élevé (5 à 10%), et présente des conséquences somatiques et psychiatriques potentiellement graves.

L'anorexie mentale se définit généralement par la triade symptomatique des trois « A » : anorexie, amaigrissement et aménorrhée. D'après le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux dans sa quatrième version révisée (DSM-IV-TR), l'anorexie est évoquée lorsque la perte du poids conduit au maintien d'un poids inférieur à 85% du poids attendu. L'indice de masse corporel (IMC) devenant inférieur à 17. A partir d'un IMC inférieur à 14, le pronostic vital du patient est mis en jeu, l'hospitalisation pour réalimentation est alors recommandée.

La restriction alimentaire de l'anorexie est liée à une peur extrême de prendre du poids et de grossir, alors qu'il existe déjà un poids inférieur à la normale, on constate donc un trouble de l'image de son propre corps ou Dysmorphophobie, accompagné d'un déni de la sévérité de la maigreur actuelle.

b- Epidémiologie :

L'anorexie mentale survient le plus souvent à la puberté entre 12 et 19 ans, avec un âge moyen de début de 17 ans. Deux pics de fréquence sont observés autour de 14 ans et de 18 ans (27). Un sexe ratio homme/femme est de 1/9 (28).

Incidence :

Les données internationales retrouvent une incidence de l'AM de 8 cas pour 100 000 personnes par an parmi les patients en médecine générale (27). Deux études ont exploré l'incidence de l'AM en médecine générale en Angleterre et aux Pays-Bas (29,30). Les taux d'incidence retrouvés étaient respectivement de 4,4 et 7,5 nouveaux cas pour 100 000 personnes par an. Depuis 1930, il existe une augmentation régulière de l'anorexie mentale, chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans (27). Toutefois, les recherches épidémiologiques récentes suggèrent que l'âge de début de la maladie est plus précoce (30). L'incidence la plus élevée a été trouvée entre l'âge de 10 et 19 ans.

Prévalence :

Une prévalence de l'AM à 0.04% a été retrouvée dans une étude réalisée aux États-Unis chez 4746 filles et garçons âgés de 14 à 15 ans (31). Dans les études internationales, la prévalence des femmes avec un diagnostic de l'AM en population générale est aux alentours de 0,9 % et 2,2 % (32), chez l'homme le taux est plus faible entre 0,16 % et 0,3 % (27). Chez les adultes, la prévalence de

l'AM est de 0,9 % chez les femmes et 0,3 % chez les hommes (29). En Europe, une étude a montré chez les personnes majeures, une prévalence vie-entière de 0,48 % chez les femmes. Dans la même étude, 40 % des cas ont débuté entre 15 et 19 ans (29).

Les formes partielles ou subsyndromiques sont plus fréquentes et estimées à près de 5% (33). Ces formes peuvent évoluer vers une forme mineure ou être résolutive, mais elles sont présentes chez 50 % des sujets qui consultent pour un TCA, avec un risque de retentissement physiques et psychiques élevé à l'âge adulte (34).

Difficile aussi de trouver des statistiques officielles et des études menées sur les troubles alimentaires au Maroc ou dans les pays arabes, cependant une étude réalisée à Fès chez 710 étudiants en médecine, a trouvé une prévalence de 32,8% de sujets à risque de TCA et 0,4% d'anorexie (deux femmes et un homme) (10). Dans une autre étude réalisée à Marrakech chez 525 étudiants en médecine a montré une prévalence de 29,33% chez les sujets à risque de TCA, et six cas d'anorexie. (35)

Les Populations à risque :

En majorité, la population à risque qui doit être surveillée et dépistée est (36) :

- les jeunes filles ;
- les adolescents qui consultent pour des préoccupations concernant leur poids, des désordres gastro-intestinaux, ou des problèmes psychologiques ;

- les jeunes filles qui présentent des perturbations des cycles menstruels, et particulièrement une aménorrhée ;
- les sujets atteints de maladies liées à des régimes comme : le diabète de type 1, l'hypercholestérolémie familiale etc. ;
- les personnes avec un IMC bas ou élevé ;
- les danseuses, les mannequins ;
- les sportifs (des disciplines sportifs qui valorisent ou nécessitant le contrôle du poids, ou des disciplines à faible poids corporel comme les sports d'endurance), en particulier avec un niveau de compétition.

c- Clinique : Forme typique « anorexie mentale de la jeune fille » :

1- Début :

L'anorexie mentale survient principalement chez les adolescentes, avec quelques groupes à risques (sportifs, mannequins, danseurs...). Elle débute généralement à la puberté au moment de l'apparition des transformations corporelles. La porte d'entrée fréquente est sous forme d'un régime alimentaire restrictif, qui peut ne susciter aucune inquiétude, les symptômes cliniques ne sont généralement pas manifestes et peuvent être alors sous-estimés ou inaperçus par les parents et les médecins généralistes pendant une longue période. (2)

2- Triade classique : les 3 « A » :

➤ Anorexie :

L'anorexie est le signe le plus dominant et le plus souvent inaugural. C'est un comportement de restriction de l'alimentation volontaire quantitative et qualitative, accompagné par de nombreuses préoccupations autour de l'alimentation, et des calories. Au début, il n'existe pas de perte de sensation de faim, mais la patiente lutte contre cette sensation car elle est ressentie de manière très intense. E.Kestemberg parle même « d'orgasme de la faim » : une jouissance causée par le contrôle sur la faim (55). Ce n'est qu'une fois que l'amaigrissement est important, que l'anorexie s'installe avec perte totale de la sensation de faim.

La restriction s'installe progressivement, elle est :

- Quantitative : Il existe une baisse progressive de la ration calorique quotidienne, qui peut même être inférieure à 300 calories par 24h, surtout pour les apports glucido-lipidiques, cette restriction alimentaire peut passer inaperçue, et passer pour un régime alimentaire bien toléré. On observe aussi des rituels et des comportements qui peuvent apparaître : le découpage patient de tous les aliments présent dans l'assiette en toutes petites unités, le tri, la pesée, mâcher sans fin, recracher la nourriture, etc.

- Qualitative : la patiente choisit avec précision les aliments, les écarte de son assiette, trie le contenu de son assiette...

L'anorexie mentale comprend deux types : (53)

Type restrictif : Au cours des trois derniers mois, la perte de poids est principalement obtenue par le jeûne, le régime, et/ou l'exercice physique intense.

Type accès hyperphagiques/purgatif : Au cours des trois derniers mois : présence de crises d'hyperphagie récurrentes et/ou recours à des vomissements provoqués ou à des conduites purgatives. La honte et la culpabilité qui suivent la prise alimentaire excessive majoritent les jugements négatifs envers le corps et le poids et le besoin de se contrôler, et de contrôler son alimentation jusqu'à une nouvelle crise hyperphagique, responsable d'un cercle vicieux. (62)

➤ Amaigrissement : (56)

L'amaigrissement est modéré au début, puis devient rapidement grave. La patiente perd 20 à 30 % de son poids initial et cet amaigrissement peut même aller à 50% dans les formes très graves. Après une perte initiale de 10%, le diagnostic d'anorexie peut être pris. L'indice de masse corporelle évalue son intensité.

Par ailleurs, il existe un déni de l'amaigrissement, celui-ci peut être dévoilé ou dissimulé par la patiente, celle-ci se trouvant encore « trop grosse ». La perte de poids est un triomphe pour la patiente, alors que sa prise s'accompagne d'un sentiment d'insatisfaction et de culpabilité. A l'inverse, on observe une incroyable force physique, un ralentissement physique est un signe de gravité (dénutrition sévère).

➤ Aménorrhée

L'aménorrhée était considérée comme nécessaire au diagnostic dans la classification DSM-IV. Dans le DSM-V, ce signe n'est plus important au

diagnostic, du fait de la prise parfois d'une contraception (oestroprogestatifs) par cette patiente, modifiant ainsi ce signe (20).

L'aménorrhée débute avec l'anorexie dans 50% des cas : au-delà de 3 mois si cycle régulier et 6 mois si cycle irrégulier.

L'aménorrhée peut être primaire ou secondaire. Elle peut précéder, suivre ou être contemporaine de l'amaigrissement. Il existe deux facteurs étiologiques responsables de cette aménorrhée : l'un est organique lié à l'amaigrissement secondaire aux restrictions alimentaires, le second est psychogène.

Elle disparaît parfois avec la reprise du poids, mais dans plus de 40% des cas, l'aménorrhée persiste pendant des mois ou des années, malgré la reprise du poids normal, ceci témoigne de l'importance des facteurs psychologiques. (3)

3- Les symptômes associés :

➤ Au premier plan ou motif de consultation :

Les patientes atteintes d'anorexie mentale, consultent généralement au premier lieu pour une aménorrhée secondaire ou une perte de poids importante sur une courte période. Les symptômes cliniques ne sont généralement pas manifestes et dissimulés, l'anorexie mentale peut être diagnostiquée pendant une hospitalisation, après une évaluation psychologique. (64)

➤ Les signes psychiques :

- L'hyperactivité motrice :

L'hyperactivité physique est engendrée par une volonté intense de maîtrise du poids et d'amaigrissement, elle peut se présenter sous différentes formes (45) :

Le sport, la marche, la course, la danse, ou la gymnastique, elle peut même aller jusqu'à la maltraitance (exposition au froid, bains froids, réduction des heures de sommeil..).

Il existe aussi d'autres formes qui peuvent échapper au clinicien par leur forme automatique : l'anorexique est toujours debout, bouge sur place, lorsqu'elle est assise, elle ne pose pas les pieds, contracte les muscles, monte et descend les escaliers, fait plusieurs tâches ménagères de manière excessive. Etc.

- L'hyper-investissement intellectuel:

Les patientes anorexiques sont souvent en quête de performances et de reconnaissance des autres, particulièrement les parents. Elles réussissent mieux dans les matières qui exigent la mémoire que ceux qui font appel à la créativité et l'imagination. Par rapport à ce qui est extra-scolaire, les patientes s'intéressent peu aux activités culturelles et de loisirs, mais s'investissent plus en matière de nutrition. Cet hyper-investissement scolaire et intellectuel contraste avec un désinvestissement affectif : peu d'intérêt pour les relations sociales et affectives, accompagné d'un planning strict et bien organisé, est à l'origine d'un isolement social progressif (57).

- L'altération de l'image du corps ou dysmorphophobie :

La dysmorphophobie est une caractéristique importante chez les anorexiques. Ces personnes perçoivent certaines parties de leur corps (hanches, cuisses) ayant une taille supérieure à la réalité. Ce qui engendre un désir constant de maigrir. En effet, on observe de nombreuses vérifications de leur corps : passer de longues heures devant le miroir, prises de mesures des tours de la taille, de hanche, de cuisse, du bras et du poignet. (23)

- Méconnaissance du trouble : anosognosie

Anosognosie, ou méconnaissance du trouble, est une affection neurologique, généralement causée par la malnutrition. Lorsqu'une personne anorexique ne se croit pas malade ou refuse tout traitement, cela ne veut pas dire qu'elle résiste ou qu'elle est en défi, mais c'est parce qu'elle est incapable de prendre conscience de la gravité de son trouble. Puisque l'anosognosie est une affection neurologique, le cerveau peut récupérer sa capacité à percevoir le trouble et à accepter le traitement qu'après une renutrition adaptée. (24)

- Dépendance relationnelle à l'égard des parents

Les anorexiques sont généralement dépendants de leur entourage, à cause de leur manque d'estime de soi et de l'insécurité intérieure. On retrouve donc chez ces patients, une dépendance relationnelle vis-à-vis des parents et de la fratrie. L'anorexie mentale apparaît comme une tentative de se séparer de l'emprise de cette relation, on la décrit comme « une emprise manipulatrice ». Une illusion du contrôle de la sphère affective. Les conflits avec les parents sont alors inévitables, venant renforcer la conduite. (25)

- Désinvestissement de sexualité

La sexualité chez les anorexiques est désinvestie, massivement et activement refoulée, il existe un défaut d'investissement érogène du corps. A la puberté, les transformations du corps sont ignorées et niées. (26)

- Conduites de dissimulation :

Les anorexiques ont recours parfois à des conduites de dissimulation comme : cacher leur corps par des vêtements amples, ou cacher la nourriture...

➤ Signes cliniques :

- Potomanie :

La potomanie est un trouble psychiatrique qui se caractérise par un besoin irrésistible d'absorber une grande quantité de liquides, ce signe peut être trouvé dans le contexte de l'anorexie pour des raisons suivantes : une volonté de supprimer la faim et d'éliminer les toxines du corps, l'eau peut également être bue pour faire vomir et satisfaire les besoins physiologiques comme la soif suite à un effort physiologique, on retrouve aussi une autre raison, qui est le désir de tricher sur les mesures du poids. Par ailleurs, il faut noter que, quand la potomanie atteint 10 litres de liquide par jour, elle peut entraîner des troubles métaboliques graves tels qu'hyponatrémie avec risque d'épilepsie ou de coma. (27)

- Mérycisme :

Le mérycisme ou syndrome de rumination, est un trouble chronique caractérisé par une régurgitation sans effort et involontaire des aliments après leur consommation. Le mérycisme est une pensée inconsciente, de reprendre le plaisir des aliments qui sont passés par la bouche, sans en mettre de nouveaux. On retrouve ce syndrome assez souvent chez les anorexiques, puisque ces patients ne veulent pas manger par peur de grossir, mais veulent ressentir le plaisir des aliments dans la bouche malgré tout. (28)

- Stratégies de contrôle du poids :

- Vomissements provoqués,
- Prise de laxatifs,
- Diurétiques,
- Coupes faims...

➤ signes physiques :

Ce sont les signes physiques de la dénutrition : (56)

- Troubles métaboliques surtout hypokaliémie secondaire aux vomissements, entraînant une alcalose métabolique, avec risque de troubles du rythme cardiaque (torsade de pointe) mortels. Elle peut être favorisée par la prise de laxatifs et de diurétiques thiazidiques.
- Disparition des panicules adipeux et des formes féminines laissant place à un corps maigre et fragile faisant ressortir les articulations, le visage maigre, cheveux ternes, apparition d'un lanugo (duvet) à cause de l'hypertrichose,
- Les troubles circulatoires : rougeurs, pâleur, et cyanose des extrémités, hypotension et bradycardie, froideur ;
- Apparition des œdèmes de carence au niveau des membres inférieurs et des paupières.

d- Diagnostic :

1- Le diagnostic positif :

La Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'OMS, et le Manuel diagnostique et Statistiques des troubles Mentaux (DSM) proposent des critères diagnostiques pour l'anorexie mentale, dans ses formes restrictive et mixte.

Critères diagnostiques selon DSM 5 : (20)

- A. Restrictions de l'apport énergétique par rapport aux besoins, conduisant à un poids significativement bas au poids normal pour l'âge, le sexe, le stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme « significativement » bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.
- B. Peur intense de prendre du poids ou de grossir, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
- C. Perturbation de la perception du poids ou de l'image du corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque persistant de reconnaissance de la gravité du faible poids actuel.

Le diagnostic de l'anorexie mentale est un diagnostic positif et ne doit pas être un diagnostic d'élimination. L'association de la triade symptomatique : Amaigrissement (ou d'une absence de prise de poids à une période où celle-ci est attendue), Anorexie et Aménorrhée doit faire évoquer une anorexie mentale. Par la suite, il est recommandé de confirmer le diagnostic d'anorexie mentale par la présence de chacun des critères diagnostiques d'une des classifications internationales (CIM-10 et DSM-5). L'absence d'au moins un critère diagnostique doit faire évoquer une anorexie mentale subsyndromique.

Si le diagnostic d'anorexie mentale est le plus souvent facile, l'obstacle majeur est le déni de la pathologie, surtout dans la première phase de la maladie (phase de toute-puissance), où le patient pense contrôler les symptômes. (3)

2- Diagnostic différentiel : (2)

a- Anorexie et Affections organiques :

Avant de poser le diagnostic de l'anorexie mentale, il faut éliminer en premier lieu d'autres causes organiques de perte de poids importante et d'aménorrhée :

- ✓ Les tumeurs cérébrales comme : les tumeurs du tronc cérébral ou les craniopharyngiomes,
- ✓ Les hémopathies comme les leucémies,
- ✓ Les Maladies du système digestif comme : l'achalasia de l'œsophage et la maladie de Crohn,
- ✓ Les maladies endocriniennes comme : le panhypopituitarisme l'hyperthyroïdie et le diabète insulino-dépendant,

Etant donné que ces maladies physiques ne s'accompagnent pas de trouble de l'image corporelle propre à l'anorexie, ni de peur extrême de prendre du poids, le diagnostic différentiel reste facile à faire. Cependant, chez l'enfant et l'adolescent, il arrive que la peur de prendre du poids ne soit pas verbalisée, ce qui complique le diagnostic différentiel.

b- Anorexie et affections psychiatriques :

Les troubles psychiatriques peuvent quant à eux présenter un diagnostic différentiel:

- ✓ Un épisode de dépression majeure peut aussi provoquer une perte de poids importante

- ✓ Un épisode de schizophrénie peut s'accompagner d'un refus alimentaire, le plus souvent associé à un délire paranoïde sous-jacent (par exemple, idée délirante d'empoisonnement).
- ✓ Les troubles obsessionnels compulsifs (il peut s'agir aussi d'une comorbidité qui est assez fréquente),
- ✓ La difficulté de s'alimenter peut également traduire un symptôme de conversion ou un élément phobique (peur de vomir ou d'être incapable d'avaler) qu'on le distingue de la peur de prendre du poids typique de l'anorexie.

e- Formes cliniques : (63)

On distingue différentes formes cliniques d'anorexie mentale en fonction de caractéristiques sémiologiques ou évolutives :

L'anorexie restrictive : représente 50 à 60 % des cas. Le malade ne maigrit que par la restriction alimentaire et l'hyperactivité physique qu'il s'inflige. Cette forme est associée à une forte sensation de contrôle et de déni de la gravité de la maladie.

L'anorexie-boulimie : Cette forme représente 40 à 50% des cas. Le malade associe à la restriction alimentaire soit des vomissements, soit des crises de boulimie avec vomissements provoqués. Le passage de l'anorexie restrictive à l'anorexie boulimique est assez fréquent (30 à 40 % des cas). Il se fait en règle dans les 3 premières années de la maladie. À l'inverse, une fois les crises de boulimie installées, très rares sont les malades ayant une forme boulimique qui se transforme à la forme restrictive.

La forme réactionnelle : L'anorexie survient immédiatement après un traumatisme dans cette forme, par exemple après un échec, ou un deuil, ou après un conflit grave pour le patient. Plusieurs considèrent cette forme réactionnelle comme un équivalent dépressif, car la dimension dépressive est souvent présente. En général, le pronostic est favorable.

La forme chez le garçon : l'anorexie mentale chez le sexe masculin est assez rare. Elle survient souvent en période pré pubertaire. Les troubles de l'érection et de la libido sont souvent associés et sont alors des équivalents cliniques de l'aménorrhée. Sur le plan biologique, la testostérone est basse, et il existe des anomalies de l'HC. L'isolement social est marqué.

Forme pré-pubertaire : (entre 9 et 12 ans) c'est une forme sévère. Il y a souvent une altération de la croissance avec parfois un retard staturo-pondéral irréversible. L'aménorrhée est primaire.

Forme tardive ou anorexie mentale de l'adulte : Cette forme survient au-delà de 25 ans. Dans les antécédents personnels du patient, on retrouve souvent à l'adolescence, un épisode d'anorexie mineur réactionnel, qui est passé inaperçu. La décompensation survient suite à un événement important : post-partum, mariage, départ des enfants... Cette forme évolue le plus souvent vers la chronicisation, ou vers des phobies extensives. Son pronostic est mauvais.

f- Evolution- Complications :

1- Evolution spontanée :

Le taux de mortalité dans l'anorexie mentale est un des plus élevés des troubles mentaux. Il existe un risque de décès de 5 à 10 % après 10 ans d'évolution. En dehors du suicide, l'anorexie met en jeu le pronostic vital du

patient : le décès survient à cause d'un trouble métabolique, un arrêt cardiaque, ou une sensibilité plus grande aux infections, plus rarement, par dénutrition. L'évolution peut se faire vers la chronicité. Par ailleurs, il existe aussi des rémissions spontanées, souvent dans les formes pré pubertaires où le début était précoce, parfois l'évolution est marquée par des fluctuations ou des rechutes. La précocité du trouble est de bon pronostic, par contre son ancienneté de l'est pas, d'où la nécessité d'une prise en charge le plutôt possible. (66)

2- Evolution sous traitement :

Dans 50 % des cas, et si on considère uniquement la triade diagnostique (anorexie, amaigrissement, aménorrhée), l'évolution est favorable (rémission partielle ou totale). Par ailleurs, ce taux chute à 30 % si on prend en considération l'ensemble du tableau psychiatrique, ainsi que la vie relationnelle, l'insertion sociale, et la qualité de vie. Le passage à la chronicité correspond à 30 % des cas au-delà de 5 ans, et 20 à 30 % des patients continuent à souffrir de ce trouble 10 ans plus tard. Il existe souvent des rechutes (30-50 % de rechutes dans l'année qui suit une hospitalisation). En général, l'évolution est marquée par des fluctuations pondérales ainsi que la succession d'épisodes anorexiques, avec ou sans épisodes boulimiques et le passage d'une forme à l'autre.

3- Complications :

a- Les complications somatiques :

➤ Décès :

La mortalité concerne environ 5 à 10% des malades au-delà de 10 ans après le diagnostic du premier épisode. Une approche nutritionnelle intense diminue ce taux de mortalité à 1-2%. Le décès est fréquemment lié à la forme boulimique de l'anorexie. Il est associé une fois sur trois à un suicide et deux fois sur trois à la dénutrition (seulement dans la forme boulimique) (65).

➤ Les troubles somatiques liés à la dénutrition :

La dénutrition est quasi constante (64). Il est admis qu'au moins 80% des malades souffrant d'anorexie sont dénutris. Cette dénutrition est la cause d'une amyotrophie qui affecte tous les muscles, y compris digestifs (ralentissement de la vidange gastrique et du transit) et respiratoires, la peau, les phanères (cheveux, ongles), l'os, le cœur (troubles du rythme) et le cerveau sont également affectés par cette dénutrition (65). Par ailleurs, la dénutrition n'entraîne assez souvent pas de déficit biologique mesurable : les anémies sont rares et peu importantes, très rares sont l'hypophosphorémie, l'hypomagnésémie, l'hypoalbuminémie et l'hypotransthyrétinémie. En règle, seules les anorexies compliquées d'une dénutrition sévère à savoir un $IMC < 12 \text{ Kg/m}^2$ sont associés à des signes biologiques de dénutrition.

➤ L'aménorrhée :

Elle concerne 95 % des patientes (elle était parmi les critères de diagnostic dans le DSM IV-TR). Elle signe le retour à un état biologique « pré pubertaire », responsable d'une accentuation du catabolisme osseux, d'une diminution de l'ostéogénèse (d'où l'ostéoporose), d'altérations de la peau et des phanères, et d'une stérilité (plus de 90 % des cas) généralement réversible après guérison [8-13]. L'aménorrhée disparaît généralement dans 85 % lors d'un IMC supérieur à 18,5 kg/m² chez l'adulte (65).

➤ Ostéoporose

L'ostéoporose est rarement prise en considération et peu prise en charge, alors qu'elle concerne au moins deux patientes adultes sur trois après 10 ans d'évolution, et une adolescente anorexique sur huit (64). Il est rare de trouver une ostéoporose avant 5 ans d'évolution de la maladie (65).

➤ Le syndrome de renutrition inappropriée :

La prise en charge de la dénutrition, doit être bien adaptée, une renutrition rapide peut rompre l'homéostasie de l'adaptation physiologique du jeune, et donc conduire à des troubles métaboliques graves, à un syndrome de défaillance multiviscérale, et même au décès. (29)

b- Les complications psychiatriques :

Chez l'anorexique, la restriction alimentaire influence la pensée, ainsi on observe une diminution des capacités de mémorisation et de concentration, qui peuvent être en lien avec l'atrophie corticale. Ceci n'est pas facile à vivre pour les anorexiques, ces derniers utilisent fortement la sphère intellectuelle et scolaire. (23)

La dépression et l'anxiété s'aggravent généralement à mesure que la maladie progresse. Les personnes anorexiques ont également une faible estime de soi. Ils éprouvent des sentiments de désespoir et d'impuissance (qui sont également des symptômes de dépression).

Ils peuvent développer d'autres comportements autodestructeurs, comme la trichotillomanie ou même une tentative de suicide. Ce sont des moyens de faire face à leurs émotions douloureuses. Les personnes anorexiques se retirent souvent des situations sociales, en particulier celles impliquant des repas et de la

nourriture. Des difficultés relationnelles peuvent se développer et un manque de soutien se développe souvent en raison de ce comportement, qui conduit généralement à l'isolement.

En raison de la fatigue, qui est un symptôme souvent rapporté par l'anorexique, résultant d'une dénutrition, il existe un manque d'énergie et un manque d'intérêt à faire des choses qui étaient auparavant appréciées par la personne. Ceci, ajouté à une faible estime de soi, peuvent être en partie responsables du retrait des situations sociales et de la difficulté à maintenir des relations. (30)

C.2. Boulimie :

a. Définition :

Le terme « boulimie » est dérivé du grec « *bous* » qui signifie, le bœuf, et « *limos* », la faim : « la faim de bœuf ». Depuis l'Antiquité, de premières descriptions sont apparues puis elles sont devenues plus précises à partir du 19^{ème} siècle. Les critères diagnostiques exacts sont définis seulement depuis 1980 (DSM-III). (23)

La boulimie est définie par la récurrence d'accès de surconsommation alimentaire incontrôlée, survenant depuis plus de trois mois, à raison d'au moins deux crises par semaine. Dans ces accès de boulimie, on retrouve des envies impérieuses (Craving) et des habitudes compulsives de consommation alimentaire qu'on peut considérer comme une toxicomanie alimentaire. D'ailleurs, il est admis que les mêmes circuits de récompenses, les circuits dopaminergiques, y soient aussi impliqués. L'accès boulimique peut être considéré comme une véritable crise, son déclenchement brutal, son caractère

impérieux (craving), son déroulement d'un seul coup jusqu'au vomissement ou au malaise physique. Il consiste en un sentiment de perte de contrôle par l'ingestion rapide et frénétique, d'une quantité énorme de nourriture, dans un état d'émotion qui confond excitation et plaisir à la honte et la culpabilité. En général, cet accès boulimique s'accomplit en cachette en dehors des repas, en un temps court (inférieur à deux heures), suivit des comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids : vomissements provoqués, prise de laxatifs ou de diurétiques, jeûne, excès d'exercice physique. Comme dans les autres troubles alimentaires, l'image de soi est influencée par la forme et le poids du corps. La différence entre le diagnostic de boulimie et celui d'anorexie-boulimie c'est que le poids reste dans la limite de la normale : IMC supérieur à 17 (23, 24,25).

b. Epidémiologie :

Dans la boulimie nerveuse, l'âge de début moyen est de 18 ans, mais en général, la première consultation pour ce motif se retrouve en début d'âge adulte. Le sex-ratio homme-femme se situe entre 1/8 à 1/3 (37).

+ Incidence

Dans la tranche d'âge entre 10 et 19ans, l'incidence de la BN est la plus élevée. (36). Elle est 2,5 fois plus élevée dans les zones urbaines qu'en zones rurales et 5 fois plus importante dans les grandes villes (38). En population générale, la BN est de 200 pour 100 000 personnes-années avec un pic d'incidence entre 16 et 20 ans(39).

Les patients qui souffrent de BN consultent peu, seulement 12 % en consulteraient en médecine général, et la moitié, soit 6% aurait recours à un psychiatre (40).

Prévalence

Selon la revue de littérature internationale de H.W. Hoek et Van Hoeken : En population générale, la prévalence de la BN vie-entière est estimée entre 1 à 1,5 % (40). La prévalence est de 1 à 3 % chez les femmes, et de 0,1 à 0,5 % chez les hommes, d'après ces études internationales et selon les critères du DSM-IV, Une prévalence de la BN chez 0,2 et 1,8 % des collégiens et lycéens respectivement, a été retrouvée dans une étude internationale, de France, des États-Unis et du Canada (41). En effet, si les nouveaux critères du DSM-V sont appliqués, la prévalence augmente d'environ un tiers (35). De plus, 28 % des adolescentes sont concernés par les crises de boulimie (42).

Une large proportion d'adolescentes est donc plus concernée par la boulimie que par l'anorexie. Les formes partielles ou subsyndromiques de la boulimie nerveuse sont 2 à 3 fois plus fréquentes, mais le risque des complications physiques et psychiques à l'âge adulte est aussi présent. Dans une étude réalisée en France, aux États-Unis et au Canada, la prévalence des formes partielles de BN est de 1,9 et 7,5 % chez des collégiens et lycéens (41).

Au Maroc, une étude menée à Marrakech en 2005 sur une période de sept mois, chez 480 étudiants de Marrakech issues de quatre facultés différentes à l'aide du test BITE, la prévalence de la boulimie a été estimée à 4%, l'âge moyen était de 21,41ans, la prévalence de comportement alimentaires inhabituels était de 63,8%. (35)

En Egypte, une étude faite sur un échantillon de 420 lycéennes dans un établissement au Caire, âgées de 15 à 16 ans, à l'aide du test EAT-40 dans sa version arabe. Cette étude a montré que : 40 élèves (11,4%) étaient positives au EAT-40, ces étudiantes ont été suivies individuellement par la suite pour un

entretien diagnostique : trois cas ont été diagnostiqués de boulimie nerveuse, et 12 cas présentaient des tableaux incomplets qui correspondent à des TCA non spécifiés selon le DSM-IV (43).

Populations à risque :

Le profil type de la BN semble être plutôt une femme jeune, adolescente mais avec un début plus tardif que pour l'AM (44). Dans la BN, la population à risque est moins bien définie que celle de l'AM. Cependant, chez environ 50 % des patients diagnostiqués d'AM font au moins un épisode de BN dans leur vie. De plus, des études montrent que les patients avec un diabète de type 2 pourraient plus facilement développer un TCA de type BN. Une étude Tunisienne retrouve une prévalence de 20,6 % de patients diabétiques avec un TCA de type BN (45). Par ailleurs, la boulimie pourrait être assimilée à une addiction alimentaire, il faut donc faire attention avec les patients qui présentent tout type d'addiction (tabac, alcool, drogue etc...) (46).

c. Clinique : Forme typique « compulsive normo-pondérale » évoluant par accès (1 à 2 / semaine) avec vomissements auto-provoqués

1) L'accès boulimique :

L'accès boulimique est sous forme de crises et conduites compensatoires survenant au moins une fois par semaine sur une période de trois mois selon DSM-5. (20)

➤ Prodromes :

Le début de l'accès boulimique est caractérisé par un sentiment d'excitation, lors de laquelle le sujet se sent envahi d'une sensation oppressante le poussant à consommer des aliments, cette excitation est souvent accompagnée d'angoisse et d'une forte irritabilité.

➤ Crise boulimique :

La crise boulimique est caractérisée par une surconsommation alimentaire de survenue brutale, incontrôlable, impérieuse et irrépressible, d'aliments hypercaloriques (sucrés et gras), faciles à ingérer, mais tous les types d'aliments peuvent être consommés. Cet accès boulimique survient en cachette, et rapidement, parfois même sans mastication et qui peut aller jusqu'à l'étouffement.

➤ Fin d'accès :

La crise se termine en général à l'arrivée d'une tierce personne, ou lorsqu'il n'y a plus d'aliments ou quand les maux de ventre et les sentiments de dépersonnalisation sont trop intenses. Après cette crise, le sujet ressent un malaise physique : douleurs et lourdeurs abdominales, fatigue, nausée, céphalées... et psychique : honte, dégoût, remords, culpabilité, haine, mépris de soi... Le sujet a conscience de son trouble. (2)

2) Stratégies de contrôle du poids :

- Les vomissements provoqués : c'est la plus fréquente des stratégies de contrôle du poids, non systématique. En général cachés, en lien avec la peur de prise de poids à la suite des crises.
- Prise de laxatifs.
- Prise de diurétiques.
- Restriction alimentaire « inter-crise », qui vise à compenser les apports caloriques des crises, le poids reste stable, mais on peut observer souvent des fluctuations pondérales de l'ordre de 2 à 5 kg/semaine.

- Des stratégies d'évitement des situations qui augmentent les tentations de crises comme : proximité de lieux à risque (boulangeries), temps de pause dans la journée, solitude, argent disponible...
- Stockage d'aliments : certains sujets congèlent systématiquement les aliments pour en éviter la consommation immédiate. (Il arrive pourtant que les patients consomment même les aliments congelés lors des crises) (2)

3) Vécu affectif :

Au fur et à mesure que le comportement boulimique se chronicise, les sujets concernés présentent un mal être de plus en plus intense, associé à un sentiment de culpabilité, et de honte fragilisant une estime de soi déjà défaillante. Par ailleurs, la restriction alimentaire entraîne une irritabilité et des changements de l'humeur, qui à leur tour entraîne des difficultés relationnelles avec les membres de la famille et les amis. De plus, les accès boulimiques et les comportements compensatoires occupent la quasi-totalité du temps de l'individu. Certaines personnes se perçoivent presque comme des toxicomanes. (2)

d). Diagnostic :

1) Diagnostic positif :

Les critères diagnostiques selon la 5^{ème} version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM -5) : (20)

- A. Épisodes récurrents de frénésie alimentaire. Un épisode de frénésie alimentaire se caractérise par :
 1. Manger, dans une période de temps limité (par exemple, dans une période de 2 heures), une quantité d'aliments nettement plus grande que ce que la plupart des individus mangeraient au cours d'une période et des circonstances similaires.
 2. Un sentiment de perte de contrôle sur l'alimentation pendant l'épisode
- B. Conduites compensatoires inappropriés récurrents qui visent à prévenir la prise de poids tels que : vomissements provoqués, abus de laxatifs, de diurétiques jeûne, activité physique excessive ...
- C. La frénésie alimentaire et les conduites compensatoires surviennent au moins une fois par semaine sur une période de trois mois.
- D. L'estime de soi est influencée par la forme du corps et le poids.
- E. Le trouble ne se produit pas exclusivement lors d'épisodes d'anorexie mentale.

2) *Diagnostic différentiel : (62)*

On peut classer les diagnostics différentiels de la boulimie en deux catégories : les diagnostics proches, qui doivent être reconnus et traités sur les mêmes bases avec quelques particularités, et ceux qui n'entrent pas dans le cadre de troubles de conduites alimentaires, et qui doivent recevoir une réponse médicale spécifique :

- ✓ Le « night eating syndrome » (NES) : le syndrome d'hyperphagie nocturne se caractérise par des épisodes de boulimie qui apparaissent la nuit, au moment du coucher ou au cours d'une phase de réveil. En principe, il n'existe pas de comportements compensatoires comme dans la boulimie. Ces crises s'accompagnent le plus souvent de surpoids, alors

que le poids reste plus ou moins normal dans la boulimie. Certains sujets décrivent une amnésie de ces crises.

- ✓ L'hyperphagie boulimique (ou Binge Eating Disorder, BED) : un point en commun avec la boulimie qui est l'épisode de frénésie alimentaire. Mais le comportement compensateur n'est pas impliqué dans l'HB, d'où l'association systématique avec une obésité.
- ✓ La dépression majeure avec caractéristiques atypiques : dans certains états dépressifs, il peut exister des crises d'hyperphagie sans comportements compensatoires, d'où la prise de poids. Le diagnostic différentiel se fera souvent sur la durée du trouble et sur le fait que l'épisode dépressif majeur (EDM) précède la survenue des crises. Parfois cette distinction est difficile, car les épisodes dépressifs sont souvent associés à la boulimie. Si les deux diagnostics coexistent, on doit porter les deux diagnostics.
- ✓ L'hyperphagie psychogène : un choc émotionnel, une maladie physique sévère ou des événements de vie majeurs peuvent entraîner des phases d'hyperphagie avec une importante prise de poids sans que les autres critères de boulimie ne soient remplis.
- ✓ Les vomissements psychogènes : ils peuvent survenir lors des troubles anxieux, dans certaines formes d'hypocondrie ou d'états dépressifs. Ils sont parfois associés à la grossesse. La dimension psychogène ne doit pas faire oublier que l'absence de crises de boulimie contredit formellement ce diagnostic.

- ✓ La potomanie : elle se caractérise par une absorption importante de liquides et principalement de l'eau, les sujets atteints de potomanie fréquentent souvent les cafés, les bars, et aussi les toilettes. Ce comportement de potomanie est généralement discret et passe inaperçu, par rapport aux sujet absorbant une quantité importante d'aliments (boulimie).
- ✓ Le pica : il se caractérise par l'ingestion de substances non nutritives non comestibles, de façon répétée pendant plus d'un mois (plâtre, plomb, sable, cailloux, cheveux, papier, plastique...) en tenant compte des coutumes culturelles de chaque individu.
- ✓ Certains troubles neurologiques : des atteintes neurologiques peuvent modifier fortement les conduites alimentaires. C'est le cas, par exemple, du syndrome de Kleine-Levin, il s'accompagne d'autres signes cliniques (hypersomnie, hypersexualité, et hyperphagie) ou le syndrome de Klüver-Bucy qui s'accompagne aussi d'autres signes cliniques (hyperphagie, agnosie visuelle, hyperoralité, et hypersexualité). Ces syndromes sont très rares.
- ✓ Tumeurs frontales : parmi les signes neurologiques des tumeurs frontales : la personnalité frontale, celle-ci peut s'accompagner d'une boulimie.

e. Les formes cliniques :

Il y a deux formes distinctes (64) :

Les formes compulsives impulsives : Ces formes représentent 20 %. Le malade ressent un besoin urgent pour sa crise et ne peut s'y empêcher. En

général, cette forme est associée à des traumatismes sexuels (30%), des troubles de la personnalité (10 %), à d'autres addictions (10 %). Le traitement est difficile, car les malades sont instables.

Les formes compulsives non impulsives : Ces formes représentent 80 % des cas. La crise est programmée, par exemple le soir après le coucher des enfants.

En règle il n'y a pas de pathologie associée. Le passage de la boulimie à l'impulsion alimentaire est rare (moins de 15 % des cas). Le traitement en est plus facile (65).

f. Evolution-Complications :

1) Evolution spontanée :

L'évolution sans traitement de la boulimie est longue, et peut disparaître après 5 à 10 ans d'évolution pour la moitié des patients. Elle peut passer à la chronicité dans 1/3 des cas après 5 à 10ans d'évolution, avec des rechutes fréquentes, et des complications importantes sur la santé du sujet. Par ailleurs, sans traitement, la boulimie peut évoluer vers une dépression, des conduites addictives, ou peut être une porte d'entrée vers l'anorexie.

L'évolution de la boulimie semble plus rapidement résolutive que l'anorexie mentale. Au long cours et avec une prise en charge adaptée, un taux de mortalité est estimé à 2 % par tranche de 10 ans, et un taux de rémission à 12 ans de 70 % a été observé. (66)

2) Evolution sous traitement :

Les patients atteints de boulimie s'améliorent avec le traitement. Certaines personnes s'améliorent au début, puis rechutent et ont à nouveau besoin d'un traitement. Les statistiques montrent qu'environ la moitié de toutes les personnes atteintes de boulimie se rétabliront complètement avec un traitement approprié, 30 % connaîtront une récupération partielle et 10 à 20 % continueront à lutter contre les symptômes. (31)

3) Complications :

a- Somatiques : (65)

➤ Décès :

2 à 5 % des malades au-delà de 10 ans d'évolution sont concernés. Une approche nutritionnelle intensifiée pourrait baisser la mortalité. Le plus souvent, le décès est en rapport avec le suicide lié aux crises.

➤ L'altération de la jonction gingivo-dentaire:

C'est la complication somatique la plus fréquente. La boulimie est la maladie qui altère le plus souvent la jonction gingivo-dentaire avec : altération de l'émail, altération de la plaque dentaire, responsable de déchaussements dentaires nombreux et importants.

➤ La dénutrition :

Cette complication n'est pas rare, pourtant sous-estimée par les médecins, car le poids est normal. Pourtant, les carences d'apport nutritionnelles sont multiples : vitamines, minéraux, oligoéléments. La dénutrition est responsable de troubles trophiques (peau et phanères), d'une amyotrophie, et en partie d'un état dépressif.

➤ L'hypertrophie des glandes salivaires et des parotides :

En rapport avec l'hypersécrétion d'un suc visqueux (riche en protéines) qui obstrue parfois les canaux.

➤ Le reflux gastro-œsophagien :

Très fréquent. C'est une des complications les plus reconnues de la boulimie.

➤ L'aménorrhée :

Rare (5 % des cas). Par ailleurs, les troubles de fécondité et de règles sont assez fréquents. Les causes sont en grande partie nutritionnelles. (défaut de libération des de LH et FSH).

b). Les complications psychiatriques :

Bien que la boulimie nerveuse entraîne plusieurs conséquences physiques, l'aspect psychologique est aussi à prendre en considération, tant qu'il peut être grave de conséquences.

Les restrictions alimentaires et les comportements compensatoire peuvent entraîner : une irritabilité, des fluctuations de l'humeur, des insomnies, et un manque d'estime de soi. Ceci peut affecter également la vie sociale du patient, en refusant les repas conviviaux et en s'isolant complètement du monde extérieur. (23)

Les crises de boulimie sont perçues comme des moyens pour refouler et anesthésier les pensées et les émotions négatives que ressentent les boulimiques, ces derniers auront recours à d'autres comportements autodestructeurs pour ne plus devoir sentir ou penser, comme l'alcool, les drogues et l'automutilation. (32)

Les épisodes dépressifs sont accrus chez les personnes boulimiques, et les tentatives de suicides ne sont pas loin à s'installer.

C.3. Hyperphagie boulimique :

a). Définition :

L'hyperphagie boulimique (HB) ou Binge Eating Disorder (BED), est considérée comme une surconsommation alimentaire incontrôlable, sans adoption de manière de contrôle du poids. Ce qui fait sa différence avec l'anorexie mentale et la boulimie. Cependant, l'HB est associée fréquemment à un surpoids ou obésité. Généralement, la crise survient en cachette, ou la prise alimentaire est rapide, et dépasse le seuil de satiété. Le tout avec un sentiment de culpabilité et de honte. Sa physiopathologie associe impulsivité et compulsion proche d'un comportement addictif. Actuellement, l'HB est classée comme un TCA à part entière selon le DSM-V alors qu'elle était classée dans les EDNOS du DSM-IV-TR (21).

b). Epidémiologie :

L'âge de début de l'hyperphagie boulimique et les troubles des conduites alimentaires non spécifiés (EDNOS) est plus tardif, en comparaison avec l'anorexie mentale et à la boulimie nerveuse. En effet, l'âge de début médian est de 21 ans, chez les femmes et chez les hommes (44). Par ailleurs, ce type de trouble alimentaire semble plus fréquent chez le sexe féminin que chez le sexe masculin, mais il ne faut pas oublier que 40% des personnes avec ce type de trouble alimentaire sont des hommes, avec un sexe ratio homme/femme d'environ 2/3 (47).

Prévalence

L'hyperphagie boulimique est présente chez 0,2 % des adolescents et pré-adolescents entre 10 et 18 ans contre 4,8 % des adultes (48). Aux États-Unis, elle touche 0,8 % des adolescents contre 2,3 % des adolescentes entre 13 et 18 ans (49). La prévalence vie-entière de l'hyperphagie boulimique est entre 1,9 % en Europe et 3,5 % aux États-Unis chez les femmes, et entre 0,3 % en Europe et 2 % aux États-Unis chez les hommes. Dans une population d'obèse suivant un programme diététique, qui consulte particulièrement pour une chirurgie bariatrique, cette prévalence varie approximativement entre de 15 à 50 % (avec une moyenne de 30 %), (50).

C.4. Autres TCA : (20)

Les formes incomplètes d'AM, de BN ou d'HB, ne répondant pas aux critères du DSM-V, entrent dans la catégorie des **EDNOS** ou **OSFED**.

A ces formes atypiques de TCA, viennent s'ajouter d'autres troubles décrits ou non dans les DSM :

Autres troubles décrits dans le DSM-5 :

- ✓ **L'hyperphagie nocturne (HN) ou « Night Eating Syndrome » :**
Ce trouble alimentaire se caractérise par des épisodes récurrents de consommation alimentaire pendant la nuit, soit après le réveil, soit le soir par une consommation alimentaire excessive après le repas.
- ✓ **La Pica :** il se définit par l'ingestion de substances non nutritives non

- ✓ comestibles, de façon répétée pendant plus d'1 mois (plâtre, plomb, sable, cailloux, cheveux, papier, plastique...) en tenant compte des coutumes culturelles de chaque individu.
- ✓ **Le mérycisme** : il correspond à des régurgitations répétées de nourritures pendant une période d'au moins 1 mois.
- ✓ **« Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder » : Les troubles de l'alimentation évitante et sélective** : Ce type de trouble se caractérise par une difficulté à avaler ou à digérer de la nourriture liquide ou solide, et un refus de manger en rapport avec un dégoût, et un manque d'intérêt général pour la nourriture. Ce trouble se développe en général dans l'enfance, et il n'y a pas de trouble de l'image corporelle.

IV) ETIOPATHOGENIE DES TCA :

A). Les facteurs neurobiologiques : (61)

Il a été admis que dans la physiopathologie de l'anorexie, il existe un trouble qui influence le processus de gestion des émotions au stade le plus précoce, soit au niveau préconscient, ceci est causé par les connections neuronales qui transmettent les influx sensoriels du tronc cérébral vers les structures limbiques et à leurs projections corticales (Hatch &al., 2010). **L'insula** qui joue un rôle crucial dans les processus entéroceptifs, est la zone névralgique altérée. Il existe alors une hypersensibilité aux signaux négatifs associée à une diminution de la conscience des expériences émotionnelles, qui définissent nos pensées, nos sentiments et nos comportements. Ces troubles sont liés aux dysfonctions de la sérotonine et de la dopamine. Les personnes anorexiques sont moins capables de moduler leur réponse affective immédiatement face à des stimuli, par contre ils ont une augmentation de l'activité des circuits intervenant dans la planification et la prévision des conséquences.

En résumé, il existe un fonctionnement anormal des circuits suivants :

- ✓ Des circuits sérotoninergiques associés à l'humeur dysphorique et à l'évitement de la souffrance ;
- ✓ Des circuits dopaminergiques associés à un dysfonctionnement du système de récompense.

La dénutrition quant à elle, engendre des perturbations neurochimiques qui exagèrent les anomalies déjà décrites, ceci maintient le cercle vicieux qui favorise la dénutrition : il existe une diminution de la sécrétion d'une hormone

clé dans la régulation de la balance énergétique qui est **la leptine**, sécrété par les adipocytes. Cette déficience en leptine engendre une perturbation des axes hypothalamo-hypophyso-surrénalien et hypothalamo-hypophyso-gonadique, ce qui s'exprime par une augmentation du cortisol, une hyperactivité et une aménorrhée (Muller & al.,2008)

B). Les facteurs génétiques : (61)

Il a été admis actuellement, que les gènes peuvent être porteurs de troubles mineurs, qui lorsqu'ils se conjuguent à des facteurs environnementaux défavorables, amplifient les traits de personnalité et/ou dysfonctionnement de processus biologiques de régulation des comportements (système régulant contrôle/impulsivité, faim /satiété, etc.). Associé ou causé par des caractéristiques psychologiques particulières, ce terrain « généticobiologique » favorable, renforce l'apparition des troubles des conduites alimentaires.

Des études génétiques ont décrit une association importante des gènes à l'étiologie de l'anorexie, l'incidence de l'anorexie est de 7% chez les proches de premier degré, alors qu'elle est de 1 à 2% dans la population générale. La concordance chez les jumelles monozygotes est de 55%, en comparaison à 7% chez les dizygotes.

Cette vulnérabilité génétique peut s'exprimer dans un phénotype du tempérament présentant plusieurs traits favorable à l'anorexie :

- ✓ Emotivité négative (névrotisme) ;
- ✓ Conscience entéroceptive déficiente (p.ex., ne pas reconnaître sa faim) ;
- ✓ Inhibition ;
- ✓ Evitement de la souffrance ;
- ✓ Perfectionnisme.

C). Les facteurs psychologiques :

Il existe plusieurs traits associés aux troubles des conduites alimentaires :

- Le perfectionnisme ;
- Stress ;
- Evitement de la souffrance ;
- Hauts niveaux d'émotions négatives (névrotisme) ;
- Recherche de nouveauté ainsi que l'impulsivité.

Par ailleurs, on peut noter une association entre les traumatismes antérieurs et le début de TCA. Dans la boulimie par exemple : l'année précédant le début de la maladie était marquée par un grand nombre d'évènements difficiles (deuil, grossesse, séparation.etc). Les antécédents d'abus sexuels constituent également un facteur de risque. Les changements corporels lors de la puberté peuvent être vécus de manière difficiles pour certaines adolescentes, ceci mène alors à une limitation des apports alimentaires, une perte de poids, arrêt des menstruations et le retour au stade prépubère. (53)

D). Les facteurs sociologiques :

D.1. Les pressions sociales et la valorisation de la minceur : (76)

Dans notre société, La nourriture occupe une place très importante. Nous sommes très souvent incités à manger : publicités, présence de vente de nourriture partout. La nourriture est devenue un marché énorme. On observe également qu'il existe un grand nombre d'évènements ou de fêtes qui sont l'occasion de manger ensemble, manger à l'extérieur est devenue aussi une activité sociale très pratiquée. Paradoxalement, l'incitation à manger est constante, mais la restriction alimentaire est également encouragée.

La perception des TCA d'un point de vue socioculturel est importante. En effet, notre culture influence l'émergence de ces maladies, dans la mesure où, être mince signifie souvent être heureux et populaire. Ces images sont constamment véhiculées par les médias, et imposent des stéréotypes physiques aux jeunes filles principalement, engendrant ainsi une difficulté à accepter son propre corps tel qu'il est. L'opinion des autres est également influencée. En effet, les personnes obèses par exemple sont souvent décrites d'honteuses voire de laides. La minceur fait l'objet d'un véritable culte, tandis que l'obésité est stigmatisée.

Ces normes sociales engendrent des conséquences importantes. Notamment, dans la difficulté des femmes à qualifier leur propre poids : Un grand nombre de femmes avec un IMC normal se considèrent comme trop grosses et de nombreuses femmes avec un IMC en dessous de la normal ne se considèrent pas comme trop maigres. Il peut en résulter par exemple, que l'anorexie, est devenue à la mode. Elle fait l'objet d'émissions de télévision et de romans populaires, etc. En plus, ce trouble psychiatrique appartient à une classe sociale supérieure, et les personnes touchées sont principalement très intelligentes et perfectionniste. Cette parfaite maîtrise de son corps, et cette glorification de l'anorexie touche de plus en plus des jeunes filles à atteindre cet idéal de minceur.

D.2. Les facteurs familiaux :

Il existe certaines caractéristiques du milieu familial qui ont été décrites par plusieurs chercheurs, principalement par les médecins allemands Helm Stierlin et Gunthard Weber cités par Katrin Raabe dans son livre « Mädchenspezifische

Prävention von Ess-Störungen ». Les aspects de ces caractéristiques familiales sont les suivants:

- Un fort besoin d'harmonie dans la famille visant à éviter tous conflits.
- Le manque de structure hiérarchique claire.
- Le lien très fort entre les membres de la famille.
- Les émotions sont difficilement abordables au sein de la famille et la communication est très difficile.
- une importance considérable à l'apparence (souci de donner une bonne image de soi, valorisation de la réussite scolaire et sociale, grandes attentes...), etc. (78)

Par ailleurs, la personnalité des parents joue également un rôle complémentaire dans ces troubles alimentaire. En effet, la mère peut être représentée comme un personnage dominant de la famille, rigide et manifestant peu de tendresse, alors que le père est plutôt absent, effacé voir exclu, cela illustre le déséquilibre parental. Ce modèle est fréquemment rencontré, mais n'est pas exclusif. Une étude faite par Stauber et Hoffmeyer montre qu'un des parents ou les deux, auraient des comportements de surprotection envers leurs enfants (44% des pères et 78% des mères). (79)

E). La relation avec le corps :

Le corps était peu évoqué dans l'étiopathogénie de l'anorexie, celle-ci était appréhendée au travers la nourriture. Il faudra attendre jusqu'à 1965 pour s'intéresser à l'image du corps dans la compréhension de l'anorexie. En effet, Bruch et ses successeurs ont accordé une place importante au trouble de l'image du corps et la mettent au centre du modèle explicatif. (80)

L'auteur Hilde Bruch remarque dans son livre « *Essstörungen zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht* » que l'image du corps se développe à travers différents facteurs : le mouvement par exemple, dès l'enfance, l'enfant apprend à connaître son corps et ses limites. L'enfant peut ainsi construire une image agréable et satisfaisante de son corps ou, au contraire, une image négative.

Les parents jouent aussi un rôle important dans la construction de cette image du corps de leurs enfants, mentionné par Hilde Bruch. Par exemple, certains parents estiment le poids de leurs enfants comme normal, alors que celui-ci est en surpoids, de la même manière, il peut arriver que les parents considèrent le poids de leur enfant comme gros, alors qu'il a un poids normal. Cette fausse estimation de l'image de son propre corps expliquée par Hilde Bruch peut engendrer des conséquences importantes. En effet, selon Hilde Bruch, l'impression d'être toujours trop gros peut conduire à des stratégies de contrôle du poids extrême.

L'auteur M. Sanchez dans son ouvrage « *le comportement boulimique* » remarque que la relation avec son corps est au centre du problème des personnes anorexiques ou boulimiques. Par exemple, dans le cas de l'anorexie, le sujet se sent obligé de modifier quelques aspects de son corps pour le conformer à une image idéale.

On peut remarquer ainsi, que la cause centrale des troubles des conduites alimentaires est un trouble de l'image du corps ou la « *dysmorphophobie* » ou le « *body dysmorphic disorder* » (BDD), qui a remplacé le terme ancien *dysmorphophobie*, il se définit par une préoccupation anxieuse pour une anomalie physique, imaginaire ou très légère, disproportionnée avec son objet

concerné et responsable d'une souffrance ou d'un handicap significatifs. C'est un trouble mental depuis la quatrième édition du « Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder » (DSM-IV). La traduction française officielle est la « Peur d'une dysmorphie corporelle » (PDC) qui peut prêter à confusion, car les patients atteints de la dysmorphophobie n'ont pas peur du défaut concerné, mais ils ont une préoccupation extrême par rapport à ce défaut. On le définit aussi par « un trouble du sentiment esthétique de l'image de soi » (23). Ce trouble engendre une insatisfaction corporelle à l'origine de régimes drastiques chez ces jeunes filles. (80)

Ces dernières années, les auteurs se sont intéressés à la problématique de l'identité et du narcissisme. Dans ce contexte, l'image du corps appartient au monde perceptivo-moteur du sujet ce qui veut dire, elle appartient au monde extérieur et qu'il peut contrôler. Quant aux anorexiques, il existe un surinvestissement dans ce monde extérieur, qui vient protéger et compenser la réalité interne psychique perturbée. Cette dysmorphophobie apparaît comme une forme de dépendance à la maigreur qui est le meilleur moyen de se sentir fort et soi-même. A l'adolescence cette maigreur permet de contrôler les transformations du corps non rassurantes et menaçantes au moment de la puberté qui évoque un statut de femme, afin de vérifier la capacité de maîtrise et de modelage de l'image de soi-même. (80)

V) INSTRUMENTS-QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION DE TCA :

Les objectifs principaux des instruments d'évaluation des TCA sont:

- Dépistage des troubles des conduites alimentaires en population générale, l'instrument doit être court, et avoir une sensibilité élevée.
- Rassemblement des critères, pour aboutir au diagnostic de TCA selon l'une des deux classifications internationales.
- Quantification des symptômes, pour mesurer l'intensité et la sévérité du TCA.

Ces instruments-questionnaires d'évaluation des TCA sont classés en 3 catégories:

- ✓ Des auto-questionnaires : le patient répond seul aux questions ou affirmations, en suivant les instructions mentionnées au début du questionnaire, soit selon une manière graduée avec différents niveaux de réponses ou selon un format dichotomique (vrai / faux, ou oui / non).
- ✓ Les entretiens structurés : les questions de l'entretien sont posées par le cotateur, qui établit ensuite la cotation des réponses selon les instructions fournies avec l'entretien.
- ✓ Des échelles d'observation du comportement alimentaire du patient, par un cotateur.

Nous allons détailler ici les principaux instruments et outils de l'évaluation des TCA :

1. Le SCOFF ou SCOFF-F (58)

Le SCOFF est un questionnaire composé de cinq questions dichotomiques (tableau), développé par Morgan en 1999 afin d'aider les professionnels de santé à dépister la présence d'un TCA chez un patient. C'est un outil rapide simple, et d'interprétation facile. Sa durée est seulement de 30 secondes. Le questionnaire présente aussi une sensibilité (78 %) et une bonne spécificité (84 %).

The SCOFF questions:

- 1) Do you make yourself Sick because you feel uncomfortably full ?
- 2) Do you worry that you have lost Control over how much you eat ?
- 3) Have you recently lost more than One stone (14 lb) in a 3-month period ?
- 4) Do you believe yourself to be Fat when others say you are too thin ?
- 5) Would you say that Food dominates your life ?

Tableau 1 : Les 5 questions composant le SCOFF dans sa version originale. (58)

La version française du questionnaire SCOFF (SCOFF-F) (tableau) a été validée et ensuite confirmée en Médecine Générale et Scolaire. Pour l'anorexie mentale, la spécificité du SCOFF-F est de 94,8 % la sensibilité de 94,6 %, pour un seuil à deux réponses positives dans la population étudiante.

Il s'agit d'un outil fiable pour le dépistage des TCA (59). Le risque de TCA serait de 14 % des hommes et 28 % des femmes, estimé à l'aide de ce questionnaire de dépistage SCOFF-F.

Les questions du SCOFF-F :

1) Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop-plein ?
2) Etes-vous inquiet d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?
3) Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois ?
4) Vous trouvez-vous gros alors même que les autres disent que vous êtes trop mince ?
5) Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

Tableau 2 : Version française du questionnaire SCOFF (SCOFF-F) (60).

Interprétation : on attribue à chaque question un point, un score supérieur à 2, indique un SCOFF positif ou un sujet à risque de trouble de conduite alimentaire.

2. Eating Disorders Examination :

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

Les réponses de l'EDE sont structurées en 4 sous-échelles :

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

L'EDE a des inconvénients liés à son caractère très complet, qui sont : la nécessité de formation et d'entraînement à sa passation et la durée longue de passation (1 heure en moyenne).

3. Les autres entretiens de diagnostic : (10)

La plupart des entretiens ont été conçus pour le diagnostic de l'ensemble des troubles psychiatriques selon l'une ou l'autre des classifications (la CIM-10 et le DSM-IV-TR) qui sont :

- **Le Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) :** créé par l'OMS, c'est un ensemble d'outils visant à diagnostiquer les maladies mentales survenant à l'âge adulte, il portait le nom de PSE (Present State Examination), après la version 10 (PSE-10), le nom SCAN a été accepté.
- **Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) :** c'est un entretien diagnostique structuré et de courte durée, développé en France et aux Etats-Unis, pour explorer 17 troubles mentaux selon les critères diagnostiques de DSM-III-R. Pour chaque trouble, une ou deux questions de dépistage excluent le diagnostic en cas de réponse négative.
- **Le Diagnostic Interview Schedule (DIS) :** c'est un entretien structuré, qui permet aux cliniciens d'établir des diagnostics psychiatriques selon le DSM-III-R, il a été conçu pour être administré par des personnes non professionnellement formées en psychiatrie, toutes les questions sont expliquées en détail.

- **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.
- **Le Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule:** Echelle d'hétéro-évaluation (Morgan, 1988), très utilisé pour l'évolution lors du suivi des patientes ayant un TCA, il présente 15 items est utilisée pour quantifier cinq dimensions :
 - L'état mental
 - Les symptômes alimentaires
 - Les règles
 - Le fonctionnement psycho-sexuel
 - Le statut économique

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

a. L'Eating Attitudes Test (EAT) et l'Eating Disorder Inventory (EDI):

-L'Eating Attitudes Test (**EAT**) de Garner et Garfinkel (1979) est l'instrument le plus utilisé afin de mesurer l'évolution et la gravité de l'AM. La version initiale peut être remplie en 10 minutes environ et comprend 40 items (six degrés de réponse allant de pas du tout / jamais à extrêmement / toujours). Une version abrégée pour des objectifs de dépistage peut être envisagée à 26 items.

-L'Eating Disorder Inventory-2 (**EDI-2**), de Garner (1991), permet d'évaluer les comportements et la symptomatologie associée aux TCA. Il contient onze sous-échelles:

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

L'auto-questionnaire est rempli à environ 20 minutes. Chacune des 91 questions doit être coté selon six degrés allant de « toujours » à « Jamais ». (voir annexe)

b. Le Bulimia Test-Revised (BULIT-R) et le Bulimic Inventory Test of Edinburgh (BITE):

Deux auto-questionnaires quantifient la sévérité des conduites boulimiques et les évaluent spécifiquement :

- Le Bulimia Test-Revised (BULIT-R), de Thelen (1991) : est un auto-questionnaire de 28 questions son temps de passation est d'environ 10 minutes. Il permet de diagnostiquer la boulimie, évaluer la sévérité des symptômes, et quantifier le devenir sous traitement.
- Le Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE), de Henderson & Freeman (1987) : C'est un auto-questionnaire de 33 items peut être utilisé comme indice de la sévérité du trouble ou comme instrument de dépistage.

Ces 4 auto-questionnaires, EAT, EDI, BULIT-R et BITE, sont de cotation aisée, simple et facile à administrer, mais doivent être complétés par un entretien structuré parmi ceux cités au-dessus, afin de poser le diagnostic de TCA.

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

5. Dépistage des troubles des conduites alimentaires chez les enfants et les préadolescents :

Grâce à l'adaptation pour les enfants et préadolescents d'instruments destinés aux adultes, l'évaluation standardisée des TCA à début très précoce est possible. Comme par exemple : la version enfant-préadolescent de **l'EAT (EAT-Ch)**, destinée aux jeunes entre 8 et 13 ans, cet auto-questionnaire comprend 26 items, ses qualités métrologiques sont identiques à celles de l'EAT adultes.

VI) COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES :

A). Les troubles anxiodépressifs :

Les troubles anxiodépressifs sont des pathologies psychiatriques durables dans lesquelles l'angoisse et l'anxiété sont les principaux symptômes (20). Il est admis que chez 30 à 65 % des anorexiques hospitalisées, des antécédents de troubles anxieux sont présentes (68). Nous avons retrouvé dans certaines études, un taux plus élevée des troubles anxieux chez les patients atteints de boulimie ou anorexie-boulimie que chez les patients avec une forme restrictive (69). Il faut également préciser que les TCA peuvent entraîner ou aggraver un état anxieux (70). Les patients qui souffrent de la boulimie ou d'HB présentent plus souvent des troubles anxieux et/ou des troubles dépressifs. Il est admis également, que lorsque le patient présente les critères de boulimie ou d'HB à un âge précoce (l'adolescence), Cela augmente le risque de trouble anxieux à l'âge adulte (71).

B). Les troubles obsessionnels compulsifs :

Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) sont des troubles psychiatriques qui se caractérisent par une envie compulsif de faire et refaire une même attitude tout au long de la journée (20). Chez 50 à 65 % des malades, le TOC était en place avant le début du TCA. Les pensées sont stéréotypées et envahissantes engendrant des conduites ritualisés et répétés contre toute logique. Ils sont décrits chez 60 % des anorexiques restrictives, chez 35-55 % des anorexiques mentales non restrictives et chez 30 à 50 % des boulimiques, (70). Les TOC les plus fréquentes sont : les TOC de rangement, de ménage, de lavage, ou de vérifications. Ils sont en rapport avec un certain besoin de contrôle et à l'anxiété.

C).Addictions :

L'addiction est l'impossibilité répétée de contrôler un comportement, malgré la connaissance de ses conséquences négatives, ce comportement est poursuivi (72). Le comportement addictif peut être en rapport avec des substances (tabac, alcool, tabac, drogues ou substances psychoactives) ou non (jeux, sexe). Quelques troubles des conduites alimentaires peuvent être rattachés à une addiction, à savoir la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique (73). En effet, ils répondent même aux critères définissant l'addiction comportementale de Goodman (74). D'ailleurs, les troubles boulimiques et les addictions aux substances ont les mêmes mécanismes neurobiologiques. On observe l'impulsivité et la compulsivité dans les TCA qui sont également retrouvés dans l'addiction, avec également la perte de maîtrise et de contrôle, ce qui explique le passage à l'acte, et aussi l'utilisation progressivement plus compulsive du TCA malgré les conséquences négatives, conduisant à l'automatisation des TCA, puis à l'addiction.

Il est admis dans des études épidémiologiques, que les TCA sont fréquemment liés à une consommation de substances toxiques, d'alcool ou du tabac (75). En 1994, Holderness et ses collègues ont publié une revue complète sur la comorbidité addictive dans les troubles des conduites alimentaires. 51 études ont été réalisées entre 1977 et 1991. Ces études ont montré une association du trouble alimentaire à l'abus ou à la consommation de substances psychoactive, cette comorbidité était plus forte dans la boulimie ou la forme boulimique de l'anorexie que dans la forme restrictive. Dans la même étude, 20 à 25% des boulimiques ont une histoire de dépendance alcoolique ou une autre substance psychoactive. Inversement, 20% des femmes ayant une dépendance à un toxique, ont des conduites boulimiques. (23)

VII). PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES TCA :

La prise en charge des troubles du comportement alimentaire doit être multidisciplinaire, celle-ci est longue et difficile. Cependant, des chercheurs et praticiens dans le champ des TCA s'accordent majoritairement pour recommander un traitement multidisciplinaire quel que soit le trouble concerné, en associant une prise en charge nutritionnelle, psychothérapique et psychoéducatrice. En effet, la thérapie n'est souvent possible qu'après une reprise de poids minimale permettant un meilleur fonctionnement cognitif. Par contre, une prise en charge uniquement nutritionnelle sans prendre en considération l'origine psychique de la pathologie est souvent vouée à l'échec. Ainsi, on peut voir apparaître plusieurs formes de thérapies (thérapie cognitivo-analytique, thérapie familiale comportementale systémique...) ayant pour objet de répondre de manière plus adéquate aux problématiques rencontrées. Nous aborderons ici les objectifs de la prise en charge, les moyens, ainsi que les indications selon le diagnostic posé. (23)

A). Objectifs :

Une prise en charge bien conduite, ambulatoire et/ou hospitalière, une fois le diagnostic posé, est nécessaire pour chaque type de TCA (82). Elle doit être démarrée le plus précocement possible pour prévenir les complications physiques, psychiatriques ou sociales et pour éviter le risque de chronicisation et l'enkystement du trouble en particulier chez les adolescents.

Les principaux objectifs du traitement des TCA sont :

- ✓ Traiter la dénutrition, corriger les carences, et prendre en charge les conséquences physiques (unité médicalisée) ;
- ✓ Retrouver une alimentation normale et équilibrée ;
- ✓ Prendre en charge les troubles somatiques, psychiatriques, et les comorbidités ;
- ✓ Améliorer les relations avec la famille, l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle... ;
- ✓ Améliorer la qualité de vie.

B). Moyens :

B.1. Prise en charge ambulatoire :

Dans un premiers temps, il est recommandé d'initier une prise en charge ambulatoire, en fonction de la gravité au moment du diagnostic, du terrain et du milieu social, sauf si le patient présente des signes d'urgence physique ou psychiatrique. Cette prise en charge ambulatoire facilite l'adhésion aux soins, par le maintien des habitudes familiales, sociales et scolaires. (83).

Cette prise en charge est multidisciplinaire et il doit comporter différents intervenants avec au moins deux soignants (84) :

- Un psychiatre ou pédopsychiatre et/ou un psychologue
- Un somaticien (médecin généraliste, pédiatre, nutritionniste, endocrinologue).

B.2. Évaluation de la gravité et critères d'hospitalisation :

Une évaluation globale clinique, psychologique, biologique et sociale est systématique pour rechercher les critères de gravité qui peuvent justifier une hospitalisation immédiate (85). A chaque consultation de suivi, cette évaluation est réalisée.

L'évaluation clinique comprend : un interrogatoire précis et ciblé sur le mode de vie et le mode d'alimentation (les antécédents personnels médicaux et toxiques, l'histoire pondérale, les conduites de restriction, les conduites purgatives associées, le degré d'activité physique, potomanie avec quantification) (84). La recherche d'antécédents psychiatriques et éléments actuels en faveur d'une anxiété, une dépression, des troubles obsessionnels compulsifs, des idées suicidaires, d'automutilation, de signes psychotiques, et aussi d'antécédents d'abus sexuels et de prise de traitements psychotropes doivent être recherchés lors d'un examen psychiatrique. Une évaluation sociale et familiale est également à rechercher systématiquement.

L'examen clinique complet recherche les signes de complications physiques décrits précédemment, complété par un bilan biologique (86) :

- Hémogramme,
- CRP,
- Ionogramme sanguin,
- Albumine, Calcémie, Phosphorémie,
- 25 OH-Vitamine D3,
- la fonction rénale (urée, créatinine, clairance de la créatinine),

- la fonction hépatique (ALAT, ASAT, PAL et TP).
- En première intention, les examens complémentaires à réaliser sont :
- Une ostéodensitométrie osseuse (après 6 mois d'aménorrhée, puis tous les 2 ans en cas d'aménorrhée persistante).
- Un ECG : recherche d'une tachycardie supraventriculaire ou ventriculaire, d'une bradycardie jonctionnelle, d'un QT long (risque de torsade de pointe), de pauses sinusales, d'une onde T négative au-delà de V3 et d'une modification du segment ST.

En cas d'urgence vitale somatique ou psychique (risque suicidaire ou d'auto-agression important), ou de crise familiale, ou en cas d'échec des soins ambulatoires (chronicisation ou aggravation) une hospitalisation est indiquée. L'hospitalisation se décide au cas par cas entre le patient/ et ou sa famille et les professionnels de santé ainsi que les structures de soins disponibles.

La prise en charge doit être réalisée, en cas d'urgence physique (87) :

- Dans un service de médecine ou de pédiatrie
- Dans un service de réanimation si le pronostic vital est engagé : une perturbation métabolique grave (insuffisance hépatocellulaire sévère, trouble du rythme cardiaque sur hypokaliémie ...) ou la défaillance d'un organe.

En plus des critères physiques, autres critères psychiatriques et environnementaux doivent être recherchés. Face à une urgence psychiatrique, une hospitalisation en service de psychiatrie est justifiée.

Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tentative de suicide réalisée ou avortée ✓ Plan suicidaire précis ✓ Automutilations répétées
Comorbidités	<p>Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dépression ✓ Abus de substance ✓ Anxiété ✓ Symptômes psychotiques ✓ Troubles obsessionnels compulsifs
Anorexie mentale	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes ✓ Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde naso-gastriques, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire ✓ Activité physique : exercice physique intense et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation) ✓ Conduite de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul les conduites de purges intenses. ✓
Motivation, coopération	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Echech antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite ✓ Patient peu coopérant, ou coopérant seulement dans un environnement de soin bien structuré ✓ Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires

Tableau 4 : Critères psychiatriques d'hospitalisation selon la HAS (2010) (84)

Disponibilité de l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires ✓ Epuisement familial
Stress environnemental	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conflits familiaux sévères ✓ Critiques parentales élevées ✓ Isolement social sévère
Disponibilité des soins	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (Impossibilité du fait de la distance)
Traitements antérieurs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Echech des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation).

Tableau 3 : Critères somatiques d'hospitalisation selon la HAS (2010) (84)

Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tentative de suicide réalisée ou avortée ✓ Plan suicidaire précis ✓ Automutilations répétées
Comorbidités	<p>Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dépression ✓ Abus de substance ✓ Anxiété ✓ Symptômes psychotiques ✓ Troubles obsessionnels compulsifs
Anorexie mentale	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes ✓ Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde naso-gastriques, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire ✓ Activité physique : exercice physique intense et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation) ✓ Conduite de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul les conduites de purges intenses. ✓
Motivation, coopération	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Echech antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite ✓ Patient peu coopérant, ou coopérant seulement dans un environnement de soin bien structuré ✓ Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires

Tableau 4 : Critères psychiatriques d'hospitalisation selon la HAS (2010) (84)

Disponibilité de l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires ✓ Epuisement familial
Stress environnemental	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conflits familiaux sévères ✓ Critiques parentales élevées ✓ Isolement social sévère
Disponibilité des soins	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (Impossibilité du fait de la distance)
Traitements antérieurs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Echech des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation).

Tableau 5 : Critères environnementaux d'hospitalisation selon la HAS (2010) (84)

B.3. Prise en charge nutritionnelle :

Le traitement des complications somatiques en fonction du degré d'urgence sont tout d'abord les objectifs de cette prise en charge (84). Ensuite, un objectif pondéral est défini sous forme de poids ou d'un intervalle de poids.

0,5 à 1,5 kg par semaine est l'objectif de prise de poids régulière, recommandé chez les patients hospitalisés. En première intention, si l'IMC est supérieur à 11 kg/m² et en absence de complications physiques sévères, la renutrition doit être instaurée par voie orale avec un régime adapté. Les apports énergétiques doivent atteindre progressivement 30 à 40 kcal/kg/24h puis peuvent augmenter à 70-100 kcal/kg/24h. Cette renutrition doit être très progressive. Avec supplémentation en vitamines, en sel minéraux, et oligoéléments, accompagné par une surveillance biologique quotidienne pour éviter le syndrome de renutrition inapproprié (88). Si la dénutrition est très profonde (IMC < 11 kg/m²) mettant en jeu le pronostic vital ou si la stagnation pondérale est prolongée, la nutrition entérale par voie naso-gastrique (SNG) peut alors être indiquée (89).

B.4. Prise en charge psychologique et psychothérapeutique :

Cette prise en charge a pour objectif principal d'améliorer l'adaptation relationnelle et sociale des patients au niveau familial, scolaire et/ou professionnelle (84). Les objectifs de la PEC psychologique selon les recommandations du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sont :

- ✓ Baisser les symptômes et les complications somatiques.
- ✓ Favoriser une prise pondérale.

- ✓ Favoriser une alimentation équilibrée et variée.
- ✓ Faciliter le rétablissement physique et psychologique
- ✓ La psychothérapie doit être associée à la PEC nutritionnelle (142).

Cette PEC psychologique associe différentes approches qui sont (66) :

L'approche cognitivo-comportementale (TCC) : les principaux objectifs de cette approche sont :

- ✓ limiter la restriction alimentaire et autres stratégies de contrôles (vomissement, sélections...),
- ✓ diminuer les croyances irrationnelles et les distorsions cognitives relatives aux aliments et à la perception corporelle.
- ✓ améliorer l'estime de soi
- ✓ favoriser la restructuration cognitive.

L'approche interpersonnelle : initialement conçue comme une thérapie brève en cas de dépression grave, ensuite adaptée à la prise en charge des patients souffrant de troubles des conduites alimentaires, en particulier la boulimie. Cette thérapie dérive des théories qui considèrent les relations interpersonnelles comme un pilier du bien-être psychologique. Les chercheurs considèrent que le trouble du comportement alimentaire survient dans un contexte interpersonnel, il s'agit donc d'identifier et de modifier ce contexte afin d'améliorer le comportement alimentaire. Elle s'organise en 15 à 20 séances sur une période de 4-5 mois en trois phases: identification du problème relationnel, traitement de la problématique repérée, la dernière est consacrée à la continuité du travail réalisé par le patient après l'arrêt de la thérapie (23)

L'approche analytique : La thérapie d'inspiration analytique s'adapte au type du patient rencontré, car le travail analytique nécessite d'une part une bonne capacité d'introspection, celle-ci est souvent amoindrie dans le cas des troubles des conduites alimentaires, en particulier l'anorexie ou l'on constate l'utilisation des mécanismes de défense réduisant l'accès conscient aux émotions, et d'autre part ce travail nécessite aussi une motivation à élaborer les conflits intrapsychiques sous-jacents. Il est donc important de prendre en considération les difficultés de ce travail pour les patients dont les symptômes sont encore plus importants (23)

L'approche familiale : le dysfonctionnement familial est parmi les facteurs de développement des troubles alimentaires. En effet, on peut remarquer que dans ces troubles, que la communication est souvent rompue, évitée ou sélective. La thérapie familiale est donc un élément essentiel dans la prise en charge des troubles alimentaires, elle est basée sur la restauration d'une communication plus souple, sans tabous, et sans confrontation brutale entre les différents membres. Il existe principalement deux approches familiales : le type psychothérapique d'inspiration analytique et surtout systémique, et les approches psychoéducatives, la thérapie de type systémique est la plus efficace. Cette thérapie systémique se distingue des autres approches, car le patient n'est pas le seul concerné par la démarche thérapeutique, mais elle le considère dans sa globalité, dans son contexte familial, social, culturel et économique. (23)

L'approche corporelle :

Les approches corporelles peuvent être effectuées en individuel ou en groupe. A travers lesquelles, les sensations corporelles sont affrontées par le patient, elles lui permettent de pouvoir les réapproprier, de les contenir et de les

verbaliser. A cet effet, plusieurs techniques sont utilisées : la relaxation, les massages corporels, les techniques d'expression corporelle comme la danse, le théâtre, les soins d'esthétiques et la musique. L'objectif de ces techniques dans le cas d'anorexie, est de relâcher les postures rigides, et les mouvements contrôlés chez ces anorexiques qui traduisent un besoin permanent de maîtrise, dans le but de restructurer l'image corporelle, de ramener l'identité des patientes dans leur propre corps, ce dernier était abandonné, rejeté dissocié de l'esprit.

Il existe également une autre technique qui est l'exposition à l'image corporelle via le miroir ou la vidéo, celle-ci permet aux patients de regarder toutes les parties de leur corps, afin de corriger certaines émotions négatives face au miroir, la personne aura ainsi moins peur de prendre du poids. Il existe plusieurs approches, parmi lesquelles on peut citer : l'exposition basée sur le « mindfulness » dans laquelle le patient exerce une méditation pleine conscience avant la confrontation au miroir, et l'approche neutre dans laquelle, le sujet doit avoir un regard neutre et objectif sur l'image reflétée. (80)

B.5. Place des traitements pharmacologiques dans les TCA :

Les prescriptions médicamenteuses n'interviennent qu'en complément d'une prise en charge psychothérapique instaurée en première intention, quel que soit le trouble du comportement alimentaire, Les psychotropes sont prescrits pour les troubles psychiatriques en prenant en considération la présentation clinique (90). En effet, ces psychotropes doivent être chez les sujets dénutris prescrits avec prudence, à cause des risques majorés d'effets secondaires.

Les exemples de ces traitements pharmacologiques sont :

- Les inhibiteurs de recapture de la sérotonine (ISRS : fluoxétine, paroxétine sertraline)
- Le topimaratate
- L'odansetron (antagoniste des récepteurs 5-HT₃)
- L'atomoxétine (inhibiteur sélectif de la recapture de la norépinéphrine)
- Le dimésylate de lisdexamfétamine

C). Indications :

C.1. De l'anorexie mentale

Le traitement doit être multidisciplinaire (64) et comporte principalement :

Hospitalisation :

L'hospitalisation est presque exclusivement réservée aux anorexiques, elle peut être envisagée selon les critères d'hospitalisation déjà décrits notamment en cas d'une dénutrition importante. Une reprise de poids prudente et progressive à raison de 0.5 à 1.5 Kg par semaine, (23) afin d'éviter le syndrome de renutrition inapproprié qui peut entraîner des complications cardiaques, pulmonaires et neurologiques, ainsi qu'un risque de comportements boulimiques et de vomissement (80). La réalimentation peut être envisagée par voie orale, Cette partie de traitement est difficile lorsque le patient est dans le déni de sa maladie, et éprouve des sentiments intenses de culpabilité associé à la prise alimentaire. Dans des cas extrêmes ou le pronostic vital est engagé, une réalimentation par sonde gastrique est envisagée. Parallèlement, un repos au lit est également indiqué afin de limiter l'activité physique.

Traitement médicamenteux :

Jusqu'à maintenant, aucun médicament psychiatrique ne s'est avéré efficace dans le traitement de l'anorexie nerveuse. Mais certaines molécules peuvent être utilisées selon l'état nutritionnel et pondéral : la Fluoxétine à dose élevée, et possiblement les autres ISRS, peuvent après la normalisation du poids prévenir la rechute. L'utilisation des anti-psychotiques atypiques dans les cas graves peut aussi être efficace chez les patients ayant une phobie extrême de prendre du poids, des troubles de l'image corporelle quasi délirante, une hyperactivité importante et une résistance aux autres traitements. (61)

Volet psychologique et comportemental :

Une fois le poids normalisé plusieurs approches peuvent être envisagées. Son choix dépend de l'âge du patient, son état physique, son entourage, l'évolution de la maladie, et sa motivation. Les thérapies les plus usuelles dans l'anorexie sont : la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie interpersonnelle, la thérapie familiale systémique, les psychothérapies d'inspiration analytique. En association, l'approche corporelle et l'art-thérapie peuvent être également proposées.

Le soutien familial est également recommandé, d'autant plus que le patient est jeune. Il peut être sous forme des entretiens familiaux réguliers, d'une thérapie familiale. Les parents, la fratrie, ainsi que les compagnons de vie des patients adultes sont inclus. (3)

Complément nutritionnel :

Il ne faut pas oublier les compléments nutritionnels (91):

Minéraux et vitamines: les prescrire face aux carences alimentaires.

Énergétiques.

surtout le traitement de l'ostéoporose : vitamine D3 (20 µg/j), Calcium(500mg/j), associé au THS, voire aux Biphosphonates.

Suivi ambulatoire prolongé :

Le suivi ambulatoire prolongé (de préférence 4 ans au moins) doit être privilégié en dehors des critères d'hospitalisation, d'un côté, il s'organise avec un généraliste qui assure le suivi du poids, le pouls, la tension artérielle, ainsi que l'ECG. D'un autre côté, le suivi doit être assuré par un psychiatre, qui peut proposer plusieurs approches (souvent combinées) : une thérapie familiale systémique, une thérapie cognitivo-comportementale... (33)

C.2. De la Boulimie nerveuse :

Hospitalisation :

Les patients souffrant de la boulimie nécessitent rarement une hospitalisation, celle-ci peut être indiquée dans les cas suivants :

- Corriger les désordres hydro électrolytiques ;
- Traiter une comorbidité psychiatrique comme une crise suicidaire ;
- Echec du traitement ambulatoire (61)

Médicaments :

Les médicaments doivent être accompagnés d'une thérapie. Les antidépresseurs sont les premiers de la liste. Selon certains cliniciens, il existe un aspect similaire entre les mécanismes cognitifs de boulimie nerveuse et le trouble obsessionnel compulsif. Etant donné que de nombreux antidépresseurs jouent un rôle bénéfique sur les pensées obsessionnelles, les antidépresseurs peuvent donc, être un bon choix pour les patients atteints de la boulimie, même s'il y a absence de dépression. Le plus souvent utilisés sont les sérotoninergique (IRS). Leur chef de file est la Fluoxétine (35)

Les benzodiazépines quant à eux, ne sont pas recommandées dans la boulimie, car ils peuvent augmenter l'appétit et donc majorer la consommation des aliments. Ils peuvent être utilisés pour une courte période, réduisant ainsi la probabilité de prise de poids. Par ailleurs, ils peuvent devenir hautement addictives pour les patients boulimiques. (36)

Volet psychologique :

-La thérapie cognitivo-comportementale, que ce soit individuel ou en groupe, s'avère l'approche psychologique à privilégier dans le traitement de la boulimie. La thérapie interpersonnelle est également utilisée, mais son efficacité semble moindre. (61)

-La planification des repas : c'est une stratégie utilisée dans le traitement de la boulimie, son objectif principal est de promouvoir une alimentation régulière et équilibrée. Elle consiste à créer un menu hebdomadaire, à dresser une liste d'épicerie et à acheter à l'avance les aliments de la semaine. La planification des repas indiquera également les horaires des repas, et comprendra généralement

trois repas et deux à trois collations chaque jour. Cette technique aide à retrouver un sentiment de contrôle sur l'alimentation des patients boulimiques, à restaurer les signaux naturels de la faim et de satiété du corps. Le but ultime de la planification des repas est de rétablir des habitudes alimentaires normales et intuitives. (37)

-Les fiches d'auto-observation alimentaires : elles ont pour but de préciser :

- Les circonstances et les lieux de la prise alimentaire ;
- les pensées, émotions et sensations avant et après la prise ;
- Les caractéristiques de la prise alimentaire ;
- les comportements compensatoires après la crise (sport, vomissement, laxatifs, diurétiques...). (62)

C.3. De l'Hyperphagie Boulimique :

La PEC de l'HB est similaire à celle de la BN. En revanche, lorsqu'il existe un surpoids voire une obésité secondaire, la PEC associe des règles hygiéno-diététique, une activité physique adaptée et une PEC psychologique (92). En effet, l'accès hyperphagique est un moyen qui apporte un soulagement immédiat pour le patient afin de faire face (coping) à des épisodes émotionnels désagréables. Le but de la **TCC** est alors d'accompagner le patient afin de trouver d'autres solutions pour contrôler et maîtriser ses émotions (73).

Il existe également d'autres approches qui sont utiles comme : techniques de résolution de problème, restructuration cognitive, travail sur l'affirmation de soi, travail sur la restriction cognitive, et éducation nutritionnelle.

Il est admis que, la boulimie nerveuse et l'accès hyperphagique peuvent être assimilés à un comportement d'addiction. Cependant, La PEC spécifique est de sortir de la phase compulsive (sevrage) pour entrer dans la phase d'abstinence prolongée, qui est généralement instable à cause des rechutes fréquentes (20).

Les stratégies de défenses du sujet sont privées par la disparition brutale du TCA, ce qui peut entraîner alors une décompensation anxiodépressive ou une bascule addictive (vers d'autres addictions). C'est le rôle de la psychothérapie, qui permet d'identifier les déclencheurs des crises (événements de vie difficiles ou traumatiques, émotions ...) (93).



Partie pratique



I). OBJECTIFS DE L'ETUDE :

Les objectifs principaux de notre étude sont :

- ✓ Evaluer la prévalence des personnes à risque de TCA chez les étudiants en médecine de Rabat ;
- ✓ Evaluer les comportements, et les cognitions en rapport avec les TCA et rechercher les facteurs associés.

II) Matériel Et Méthode :

A). Population ciblée :

A.1.Critères d'inclusion :

Le choix de la population étudiée s'est porté sur les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat de la 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{sème}, 6^{ème} et 7^{ème} année.

A.2.Critères d'exclusion :

Les étudiants qui ont été exclus de l'étude sont ceux qui n'ont pas acceptés de remplir le questionnaire.

B).Consentement et aspect éthique:

Pour chaque étudiant enquêté, nous avons expliqué le but de l'étude et l'anonymat du questionnaire, celui-ci a été publié en ligne sur les groupes Facebook et le choix de répondre était volontaire.

C). Période et type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale menée de Mars 2021 à Mai 2021.

D). Déroulement de l'enquête et recueil des données

Suite aux conditions sanitaires de la pandémie du Corona Virus, le questionnaire a été réalisé à travers le logiciel Google Form, puis publié sur chaque groupe privé Facebook de la promotion.

L'anonymat a été respecté

La durée de l'étude a duré deux mois, et les réponses du questionnaire ont été directement envoyées et collectées par Google Form, puis analysé par Excel et le logiciel SPSS tout en respectant l'anonymat et la vie privée de chaque étudiant, ce qui a favorisé la confiance et la sincérité des réponses.

E). Instruments utilisés : (Voir annexe) :

E.1. Le Questionnaire :

Nous avons réalisé un auto-questionnaire anonyme précisant les données suivantes :

a). Les données sociodémographiques et économiques :

Ces données incluent le sexe, l'âge, le niveau d'étude, le statut matrimonial et le nombre d'enfants, ainsi que l'appréciation du niveau économique.

b). Les données cliniques :

Ces données incluent les antécédents personnels médicaux, psychiatriques, addictologiques et familiaux du sujet, ainsi que l'indice de masse corporelle (IMC). Le calcul de l'IMC se fait par la formule suivante : $IMC = \text{Poids} / (\text{Taille})^2$.

Nous avons également recherché les stratégies de contrôle de poids utilisés par les sujets, en proposant différents moyens à savoir : les régimes alimentaires, le sport, le jeûne, les vomissements provoqués, les laxatifs, les coupe-faim, les diurétiques et une proposition de réponses ouvertes.

E.2. Le Questionnaire SCOFF :

Le questionnaire SCOFF-F, dans sa version française, est considéré comme un outil simple et efficace, pour le dépistage des TCA, principalement utilisé dans les populations estudiantines, il est validée est recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS).

E.3. Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2):

Dans l'optique que les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont multidimensionnels, le questionnaire EDI-2 est une évaluation clinique des cognitions et les comportements en rapport avec les conduites alimentaires.

C'est un questionnaire de 91 items, qui comprend 11 dimensions : la boulimie, insatisfaction corporelle, recherche de la minceur, sentiment d'inefficacité, perfectionnisme, conscience intéroceptive, méfiance interpersonnelle, ascétisme, insécurité sociale, contrôle des pulsions et la peur de la maturité.

Dance cette étude, nous en avons exploré 4 sous échelles :

- La sous-échelle « Boulimie » : elle permet d'explorer les comportements et les cognitions en rapport avec l'alimentation incontrôlée.

- La sous-échelle « Insatisfaction Corporelle » : elle mesure l'insatisfaction par rapport à son corps en général, et à certaines parties du corps, qui constituent une préoccupation pour les personnes avec des troubles du comportement alimentaire.
- La sous-échelle « Perfectionnisme » : elle permet d'explorer les traits de perfectionnisme en rapport avec les TCA.
- La sous-échelle « Sentiment d'Inefficacité » : elle permet de mesurer les sentiments d'inefficacité personnelle, de solitude, de manque de contrôle sur sa propre vie, et d'inadéquation, et de mettre en évidence une faible estime en soi.

Les réponses sont mesurées sur une échelle de six points, et ensuite calculées sur une échelle de quatre points. Ainsi chaque question est évaluée, en termes de fréquence de la pensée ou du comportement. De « Toujours » à « Jamais ». Les items indirects sont cotés respectivement 0, 0, 0, 1, 2,3 pour : Toujours, En général, Souvent, Quelquefois, Rarement et Jamais respectivement. Et les items directs sont cotés 3, 2, 1, 0, 0,0.

Chaque échelle est indépendante, les sous-échelles sont calculées séparément et interprétées dans une optique dimensionnelle. Le score global n'a pas besoin d'être calculé. Plus les scores sont élevés plus les sujets s'approchent du pathologique et tendent vers les TCA.

E.4. HAD anxiété :

HAD-anxiété est un auto-questionnaire. Cet instrument permet de dépister les troubles anxieux. Il comporte sept items cotés de 0 à 3 en rapport avec l'anxiété.

L'interprétation suivante peut être proposée, pour dépister les symptômes anxieux :

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

F).Outil statistique utilisé :

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 22.

L'analyse descriptive a consisté au calcul des fréquences des variables.

L'étude analytique a consisté à la comparaison entre les variables.

La corrélation de Pearson a été utilisée pour l'étude de l'association entre les variables. Une valeur de **p < 0,005** a été considérée comme **significative**.



Résultats



I) ETUDE DESCRIPTIVE :

A). Les données sociodémographiques et économiques:

396 étudiants ont répondu au questionnaire. (N=396)

A.1. Âge :

Dans notre étude, l'âge des étudiants est réparti comme suit (Figure 2).
L'âge moyen des étudiants était de 22 ± 2 années.

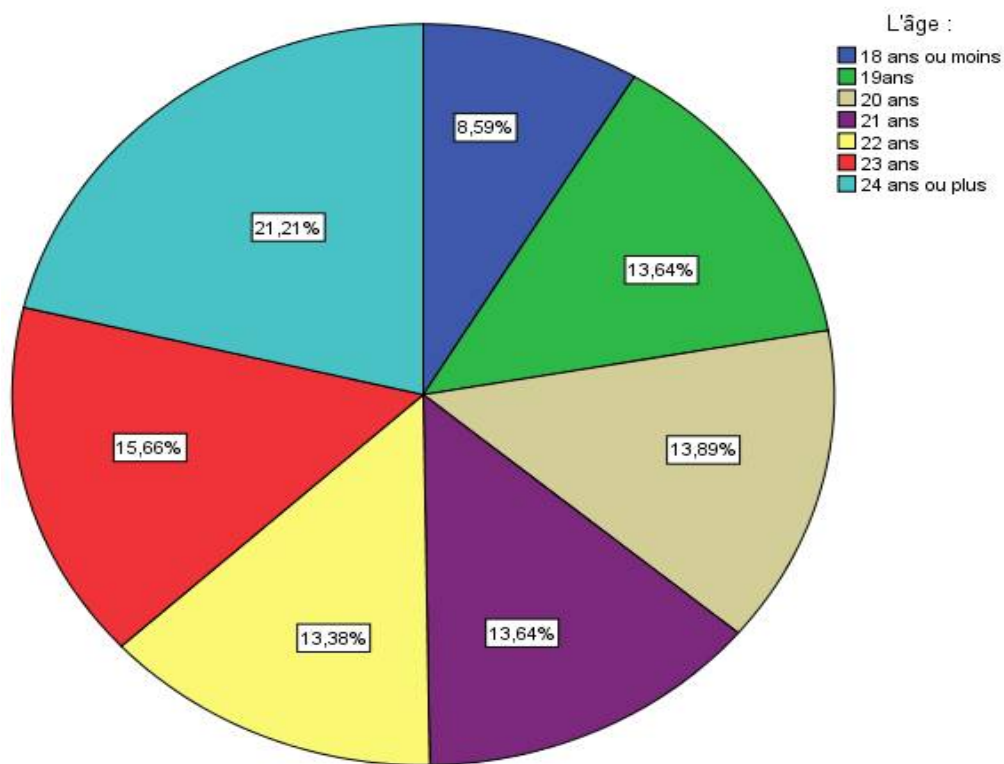


Figure 2: Répartition des étudiants selon l'âge

A.2. Sexe :

Notre échantillon est constitué de 74,7% (296) de femmes et de 25.3% (100) d'hommes (Tableau 4).

Variables	N(%)
Femmes	296 (74,7)
Hommes	100 (25,3)

Tableau 6 : Répartition des étudiants selon le sexe

A.3.Niveau d'étude :

L'étude de la répartition des étudiants selon leur année d'étude retrouvait un maximum de participation de la part des étudiants de la 6ème année à hauteur de 19.4% du total des répondants, et un minimum de la part des étudiants de la 1ère année à hauteur de 11.6% du total des répondants.(Figure 3)

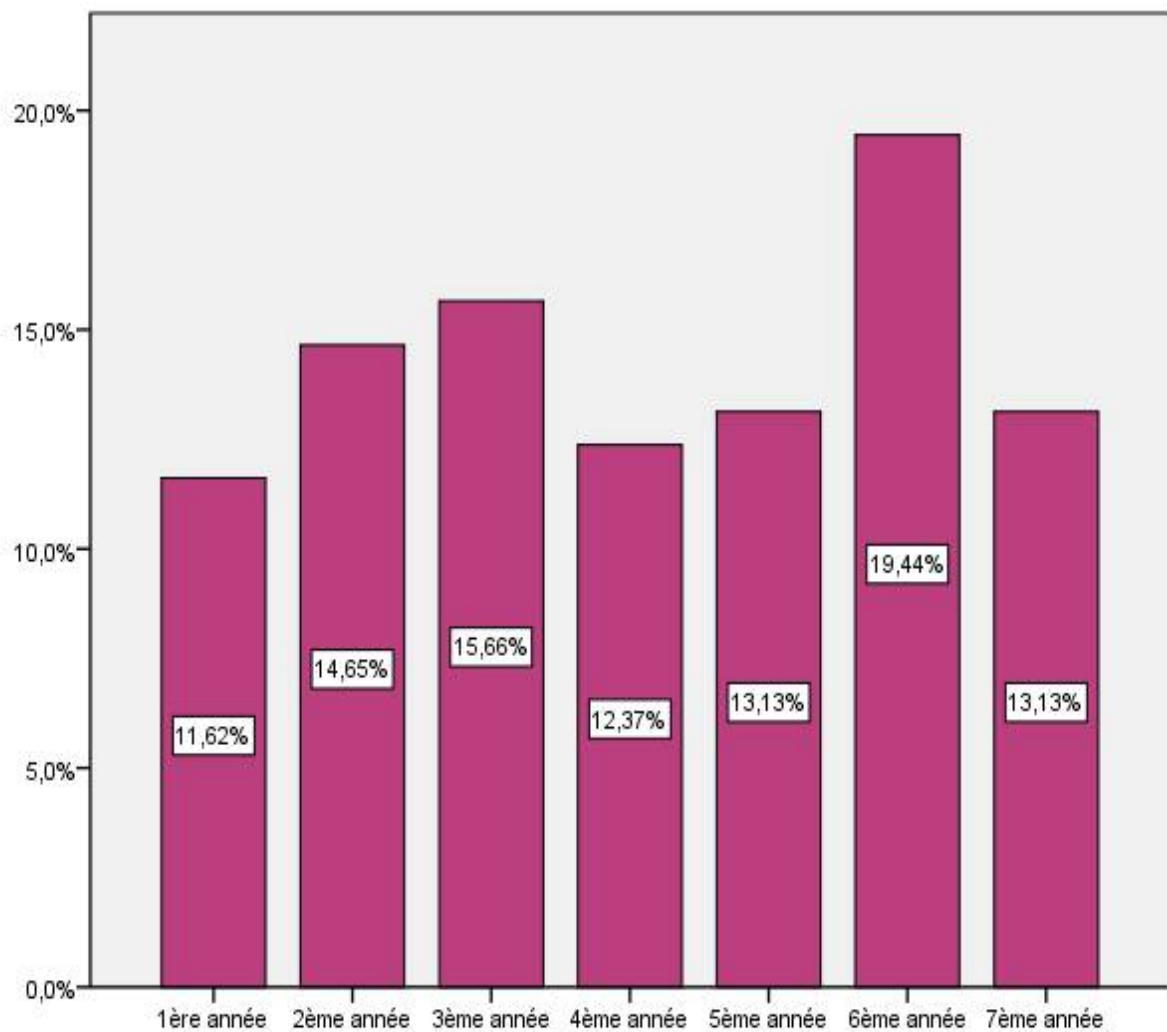


Figure 3: Répartition des étudiants selon le niveau d'étude

A.4.L'estimation subjective du niveau socio- économique :

Le niveau socio-économique était estimé par chaque étudiant, la majorité (83,3%) déclarait avoir un niveau socioéconomique moyen (Figure 4).

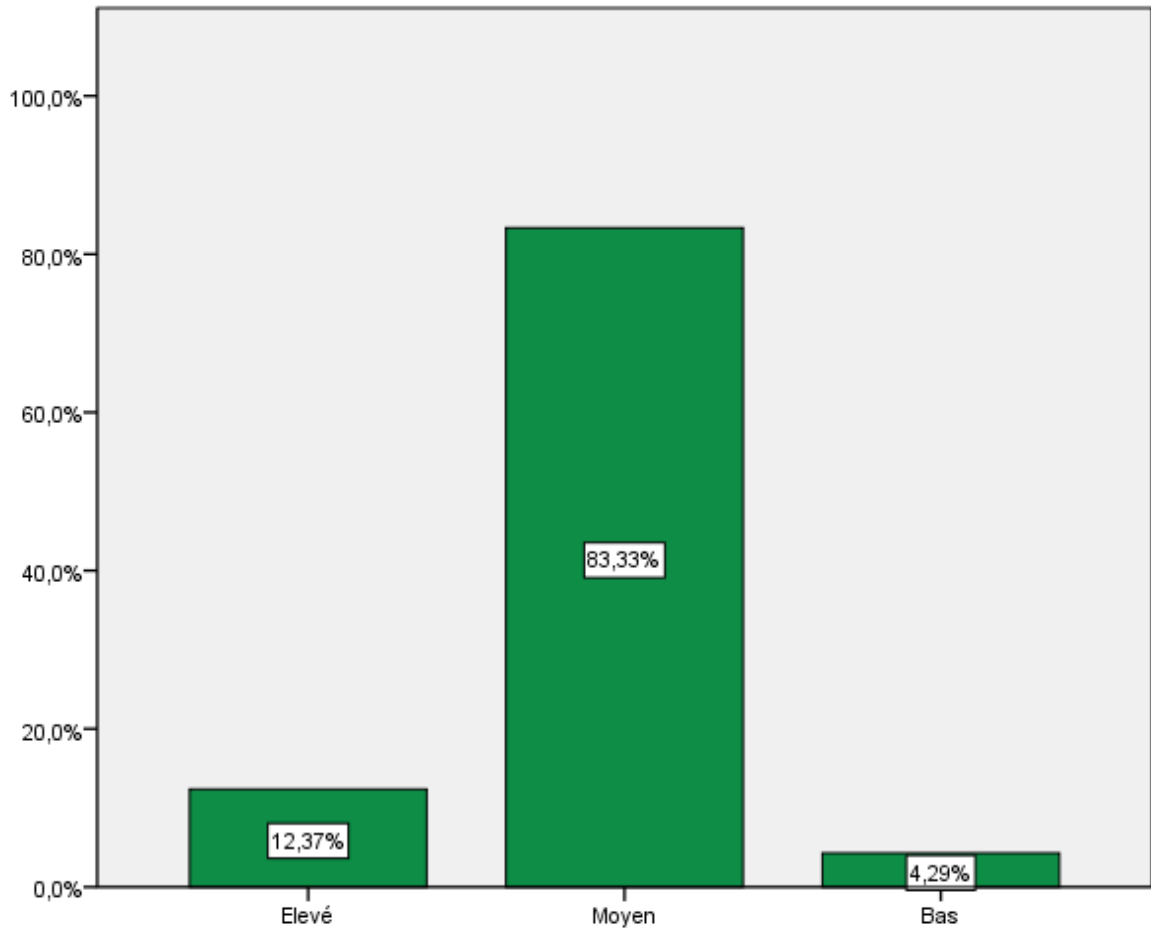


Figure 4: Répartition des étudiants selon le niveau économique

A.5.La fratrie :

En ce qui concerne la fratrie, près de 3 étudiants sur 10 interrogés avaient une fratrie de 1 (29,3%). (Figure 5)

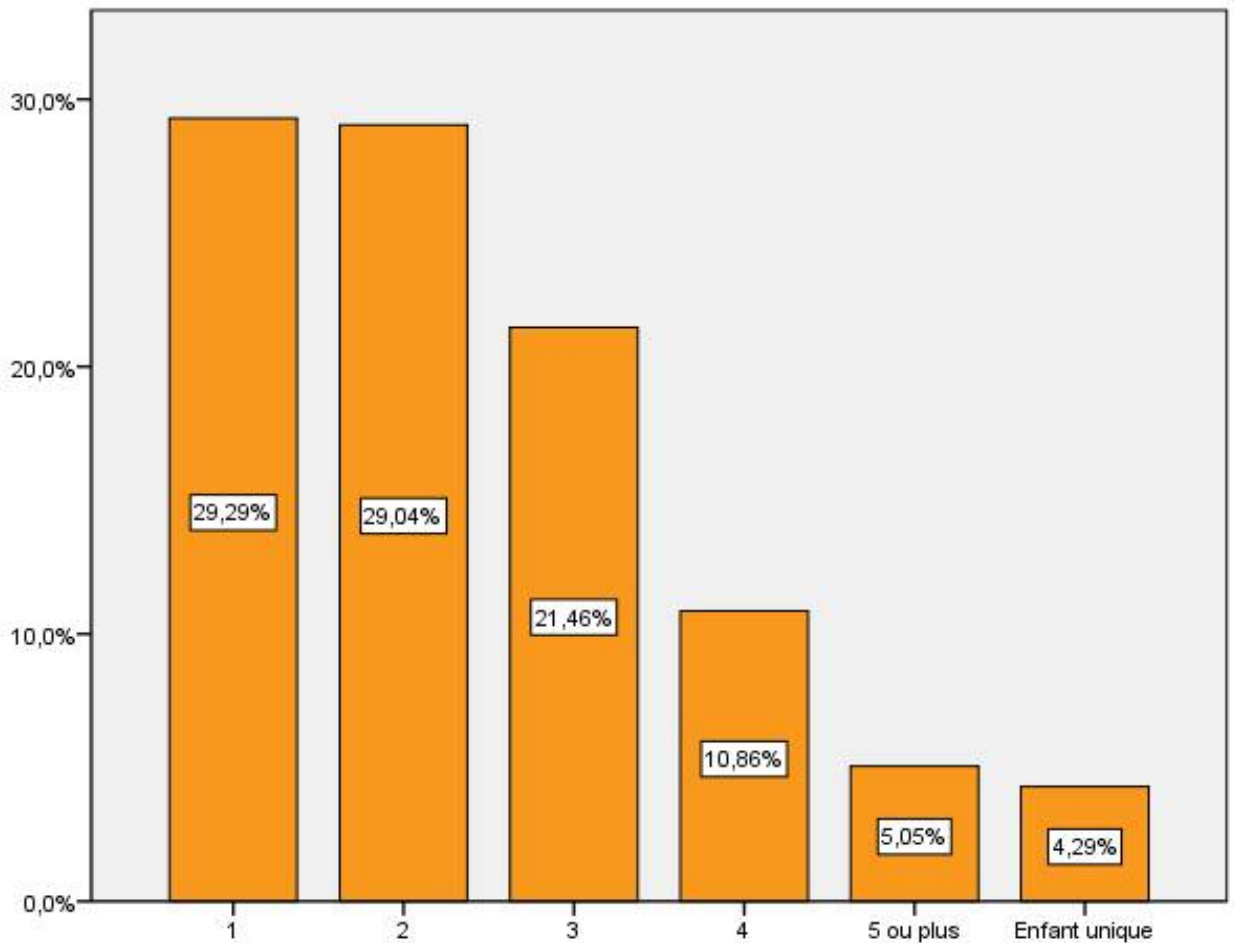


Figure 5: Répartition des étudiants selon le nombre de fratrie

B-Données cliniques:

B.1. Répartition selon les antécédents psychiatriques et addictologiques:

a). Antécédents personnels :

Concernant les antécédents psychiatriques :

-16.7% des étudiants interrogés soit 66 étudiants présentent des antécédents psychiatriques. Plusieurs déclarent le trouble d'anxiété général et la dépression comme antécédents psychiatriques personnels, ensuite le trouble obsessionnel compulsif, le trouble du stress post-traumatique, le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Deux personnes déclarent l'anorexie mentale comme antécédent et deux cas de trouble du comportement alimentaire non précisé.

- Parmi ces cas, 44 étudiants (11.1%) ont un suivi antérieur ou actuel en psychiatrie.
- 25 étudiants (6.3%) sont sous un traitement psychiatrique à savoir : des antidépresseurs ou des anxiolytiques. (Tableau 7)

Concernant l'usage des substances psycho-actives:

Tabac :

Nous avons retrouvé 19 étudiants qui fument de façon régulière à savoir chaque jour (4.8%), 7.6% occasionnellement (30 étudiants) et 87.4% non-fumeurs (346 étudiants). (Tableau 7)

Cannabis :

Nous avons retrouvé 1.5% de consommateurs de cannabis de façon régulière soit 6 étudiants et 3% de façon occasionnelle soit 12 étudiants. (Tableau 7)

Alcool :

Notre étude retrouve également 1% de consommateurs d'alcool de façon régulière (soit 4 étudiants), 11.9% de façon occasionnelle (soit 47 étudiants).

Autres substances psychoactives :

On retrouve 20 étudiants qui consomment des substances psychoactives soit 5.1% des étudiants interrogés.

b).Les antécédents familiaux :

- Des antécédents familiaux de TCA étaient retrouvés chez 17.7% de notre échantillon (N=70).
- Autres antécédents psychiatrique familiaux étaient retrouvés chez 25.3% de notre échantillon. Comme la schizophrénie, le trouble bipolaire, la dépression...

Les variables		N(%)	
Les antécédents personnels	Les antécédents psychiatriques	66 (16,7)	
	Le suivi antérieur ou actuel en psychiatrie	44 (11,1)	
	La prise d'un traitement psychiatrique	25 (6,3)	
	L'usage des substances psychoactives	Tabac	49 (12,4)
		Alcool	51 (12,9)
		Cannabis	18 (4,5)
Autres		20 (5,1)	
Les antécédents familiaux	Les antécédents familiaux de TCA	70 (17,7)	
	Autres antécédents psychiatriques	100 (25,3)	

Tableau 7 : Répartition des étudiants selon les antécédents psychiatriques personnels et familiaux

B.2. Répartition selon l'IMC :

Un IMC normal était retrouvé chez plus de deux tiers de notre population (68%), les autres IMC sont répartis sur le schéma comme suit :(Figure 6)

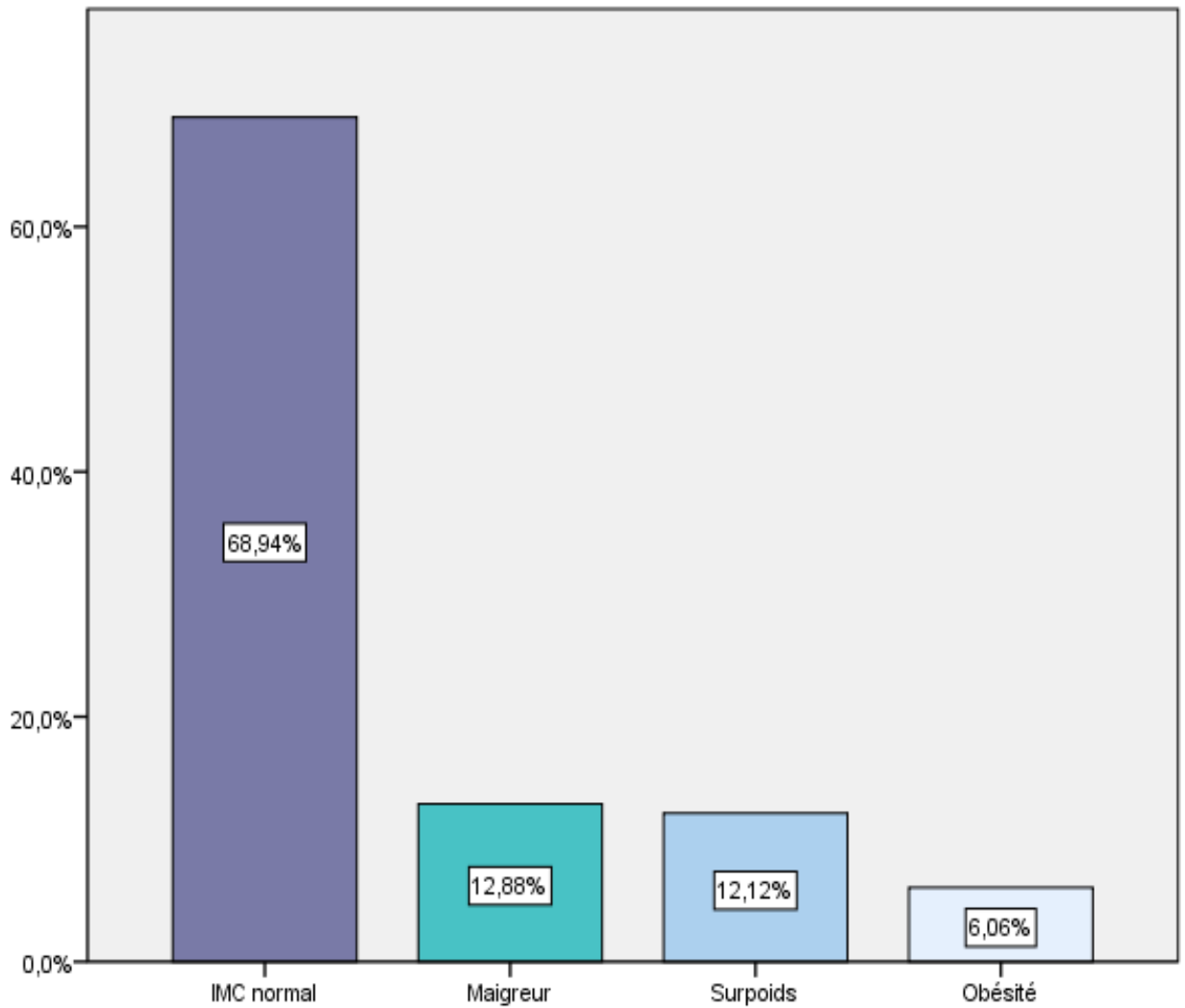


Figure 6: Répartition des étudiants selon l'IMC

B.3. Répartition selon les moyens de contrôle du poids utilisés :

- 43.7% des étudiants déclarent utiliser des moyens de contrôle de poids, soit 173 étudiants. (Tableau 8).

L'utilisation des moyens de contrôle du poids	N(%)
Non	223 (56,3)
Oui	173 (43,7)

Tableau 8: Répartition des étudiants selon l'utilisation des moyens de contrôle du poids

- Parmi ces stratégies de contrôle du poids, on retrouve :
- 34 étudiants déclarent suivre un régime alimentaire, comme moyen de contrôle du poids. (Tableau 9)
- Parmi les sujets utilisant les moyens de contrôle de poids (autres que le régime alimentaire), plus que la moitié (74.2 %) utilise le sport, 40.4% utilisent le jeune, 24 étudiants utilisent des coupes faim, 9 des vomissements provoqués et 3 des laxatifs. Nous n'avons trouvé aucun cas de contrôle par les diurétiques. (Tableau 9)
- Dans la partie ouverte aux propositions, un étudiant déclare, mâcher les feuilles comme moyen de contrôle du poids. (Tableau 9)

Les variables		N(%)
Les stratégies de contrôle du poids	Les régimes alimentaires	34 (8,6)
	Le sport	293 (74,2)
	Le jeune	159 (40,4)
	Les coupes faim	24 (6)
	Les vomissements provoqués	9 (2,3)
	Laxatifs	3 (0,75)
	Diurétiques	0

Tableau 9: Répartition des étudiants selon les stratégies de contrôle du poids

C) Prévalence des TCA :

Sur les 396 sujets questionnés, 396 étudiants avaient rempli le questionnaire SCOFF de façon complète, soit 100% des étudiants. De ces étudiants, 215 avaient répondu OUI à au moins deux questions de ce questionnaire, ce qui représente 54.3% des étudiants avec un SCOFF positif. Avec 173 des répondants de sexe féminin (soit 80.3%) et 42 des répondants de sexe masculin soit (19.5%). (Tableau 10).

Un résultat SCOFF positif signifie : deux réponses au questionnaire sur 5 sont positives, ce qui prédit un possible risque à développer un TCA.

Variables	N (%)
SCOFF positif	215 (54,3%)
SCOFF négatif	181 (45,7%)

Tableau 10: Répartition des étudiants selon la prévalence de TCA

II) ETUDE ANALYTIQUE :

A. Facteurs associés au risque de TCA:

A-1).SCOFF en fonction des données socio-économiques :

a) Sexe :

Dans notre échantillon, nous avons observé une prédominance du sexe féminin à développer un TCA. 80.5 % (N=173) chez les femmes contre 19.5 % (N=42) chez les hommes.

Il existe un lien statistiquement significatif entre le genre et le risque de développer un TCA. ($p=0,004$). (Tableau 11)

b) Age :

Dans notre échantillon étudié, nous remarquons qu'il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre l'âge et le risque de développer un TCA. ($p=0.128$). (Tableau 11)

c) La fratrie :

Le risque de développer un TCA au sein de l'échantillon étudié n'a pas de lien statistiquement significatif avec le nombre de la fratrie ($p=0,008$). (Tableau 11)

d) Niveau socio-économique :

Dans notre échantillon, les TCA n'ont pas de lien significatif avec le niveau socio- économique ($p=0.39$). (Tableau 11)

		SCOFF		Valeur p
		TCA+	TCA-	
		N(%)	N(%)	
Le sexe	Femmes	173 (80,5)	123 (60)	0,004
	Hommes	42 (19,5)	58 (32)	
L'âge	18ans ou moins	10 (5,5)	24(11,2)	0,128
	19ans	22 (12,2)	32(14,9)	
	20ans	25 (13,8)	30(14)	
	21ans	25 (13,8)	29(13,5)	
	22ans	30 (16,6)	23(10,7)	
	23ans	33 (18,2)	29(13,5)	
	24ans ou plus	36 (19,9)	48(22,3)	
Le nombre de fratrie	Fratrie de 2	54(25,1)	62(34,3)	0,008
	Fratrie de 3	61(28,4)	54(29,8)	
	Fratrie de 4	47(21,9)	38(21)	
	Fratrie de 5	28(13)	15(8,3)	
	Fratrie de 6 ou plus	12(5,6)	8(4,4)	
	Enfant unique	13(6)	4(2,2)	
Niveau socio-économique	Bas	10(4,7)	7(3,9)	0,39
	Moyen	176(81,9)	154(85,1)	
	Elevé	29(13,5)	20(11)	

Tableau 11: SCOFF en fonction du sexe, l'âge, le nombre fratrie et le niveau économique

e) IMC :

Dans notre échantillon, nous remarquons qu'au sein des personnes avec un IMC élevé (Surpoids ou obésité), la prévalence de TCA est supérieure (77.1% et 79.2% respectivement) par rapport à ceux qui ont un IMC normal ou bas (52% et 33,3% respectivement)

Par ailleurs, l'IMC n'a pas de lien significatif avec le risque de développer un TCA ($p=0.42$). (Tableau 12)

			SCOFF		Valeur p
			TCA-	TCA+	
IMC	Maigreur	N (%)	34 (66,7)	17 (33,3)	0.42
	Normal	N (%)	131 (48)	142 (52)	
	Surpoids	N (%)	11 (22,9)	37 (77,1)	
	Obésité	N (%)	5 (20,8)	19 (79,2)	

Tableau 12: SCOFF en fonction de l'IMC

f) Les antécédents personnels addictifs:

Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre les antécédents personnels addictifs et le risque de développer un TCA. (Tableau 13)

		SCOFF		Valeur p
		TCA-	TCA+	
Tabac	Non	47.1%	52.9%	0.048
	Occasionnel	40%	60%	
	Régulier	26.3%	73.7%	
Alcool	Non	45.8%	54.2%	0.27
	Occasionnel	42.6%	57.4%	
	Régulier	50%	50%	
Cannabis	Non	45.5%	54.5%	0.31
	Occasionnel	58.3%	41.7%	
	Régulier	16.7%	83.3%	
Autres substances psychoactives	Non	46.4%	53.6%	0.10
	Oui	30%	70%	

Tableau 13: SCOFF en fonction des antécédents addictifs.

g) Les antécédents familiaux de TCA et SCOFF :

Dans notre échantillon, le lien entre les antécédents familiaux de TCA, et le risque de développer un TCA (SCOFF+), n'est pas statistiquement significative (p=0.008). (Tableau 14)

		SCOFF		Valeur p
		TCA-	TCA+	
		N (%)	N (%)	
Présence d'antécédents familiaux de TCA	OUI	22 (31,4)	48 (68,8)	0.008
	NON	159 (48,8)	167 (51,2)	

Tableau 14: SCOFF en fonction des antécédents familiaux de TCA.

h) **SCOFF et stratégies de contrôle du poids**

1) Régimes alimentaire :

La prévalence des étudiants avec SCOFF+ et qui adoptent un régime alimentaire, est plus élevée par rapport à ceux avec un SCOFF- (N=22 contre N=12). Par ailleurs ce lien n'est pas significatif ($p=0.69$). (Tableau 20).

2). Les vomissements provoqués :

Les vomissements provoqués sont très liés au TCA, Les personnes qui l'utilisent (N=9) comme moyen de contrôle du poids sont à risque de présenter un TCA. Ce lien est significatif ($p= 0.005$). (Tableau 20)

2) Le sport :

Le nombre des étudiants qui utilisent le sport comme moyen de contrôle du poids, est plus élevé pour les personnes avec SCOFF+ (N=78) par rapport à ceux avec SCOFF – (N=53), pourtant ce lien n'est pas significatif ($p=0.061$). (Tableau 15)

3) Le jeûne :

Nous avons relevé un lien très significatif entre le jeûne (comme moyens de contrôle du poids), et le risque de TCA ($p<0.001$). (Tableau 15)

4) Laxatifs :

L'utilisation de laxatifs est très significativement liée au risque de TCA, ($p=0,004$). (Tableau 15)

5) Coupes faim :

Le lien entre les TCA et les coupes faim est significatif ($p=0,001$). (Tableau 15)

L'utilisation des stratégies de contrôle du poids		SCOFF		Valeur p
		TCA-	TCA+	
		N(%)	N(%)	
Régimes alimentaire	Non	169 (46,7)	193 (53,3)	0.69
	Oui	12 (35,3)	22 (64,7)	
Vomissements provoqués	Non	181(46,8)	206(53,2)	0.005
	Oui	0	9(100)	
Sport	Non	128(48,3)	137(51,7)	0.061
	Oui	53(40,5)	78(59,5)	
Jeûne	Non	164 (50,6)	160 (49,4)	<0.001
	Oui	17 (23,6)	55 (76,4)	
Laxatifs	Non	181 (46,1)	212 (53,9)	0.004
	Oui	0	3 (100)	
Coupes faim	Non	176 (47,4)	196 (52,6)	0.001
	Oui	5 (20)	20 (80)	

Tableau 15: SCOFF et l'utilisation des stratégies de contrôle du poids

B. SCOFF et anxiété chez les étudiants en médecine:

Le score HAD permet de rechercher l'absence d'un état anxieux en dessous de 8, de l'existence d'un état anxieux douteux de 8 à 10, et d'un état anxieux certain au-delà de 10.

Ce tableau permet de mettre en évidence que les sujets ayant un SCOFF + se situent à plus de 60% au-delà du seuil de 10 points, et qui présentent un état anxieux certain, et ceci en comparaison avec les sujets SCOFF – (36%). Cette corrélation entre le risque de TCA et l'anxiété est très significative ($p=0.001$). (Tableau 16)

		SCOFF		Valeur p
		TCA-	TCA+	
		N(%)	N (%)	
Score HAD anxiété	<8 (absence de symptomatologie)	94 (55,6)	75 (44,4)	p=0,001
	>10 (symptomatologie certaine)	40 (36)	71 (64)	
	8 à 10 (symptomatologie douteuse)	36 (37,5)	60 (62,5)	

Tableau 16: SCOFF en rapport avec le score HAD-anxiété

C. Evaluation des 4 sous-échelles EDI-2 chez les étudiants en médecine

Nous avons constaté une nette élévation des moyennes des scores de l'insatisfaction corporelle, du perfectionnisme, du sentiment d'inefficacité et de la boulimie chez les sujets à risque de TCA : **11** ; **10,5** ; **8,9** et **3,5** respectivement.

Par ailleurs, le lien entre les moyennes des score de l'EDI-2 étudiés et le SCOFF+ est très significatif $p < 0.0001$. (Figure 7)

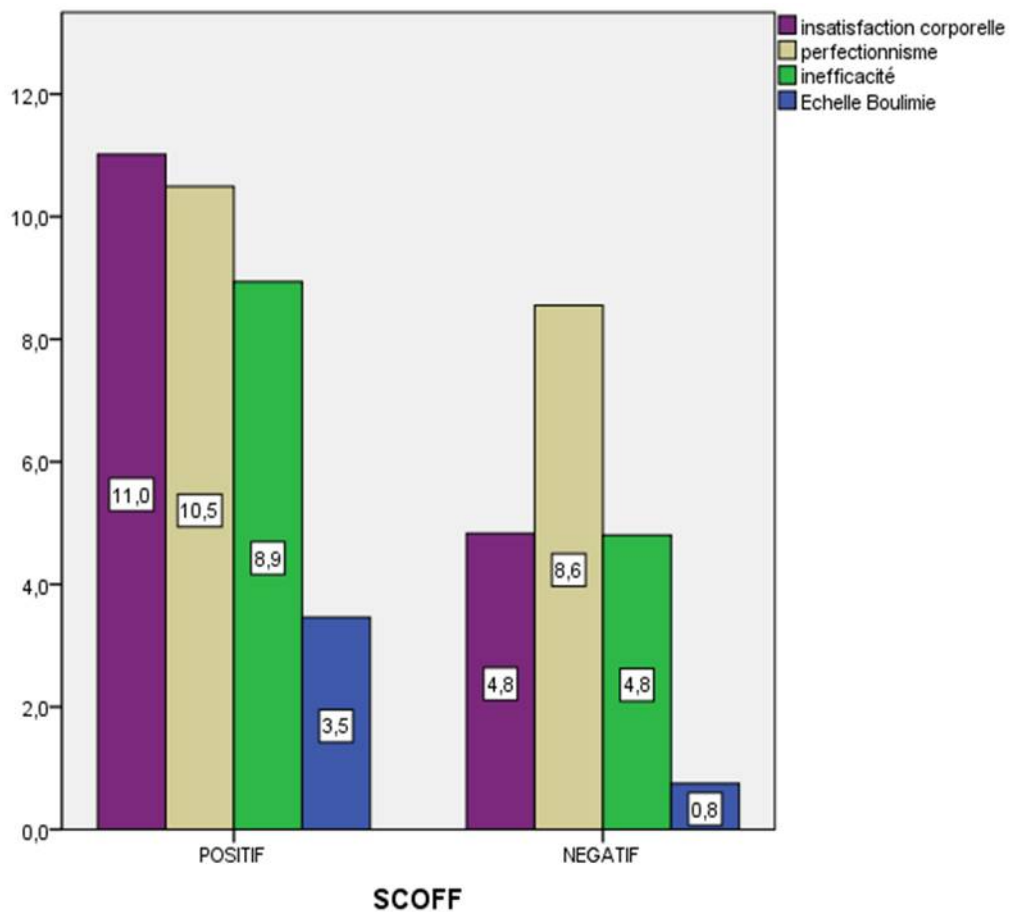


Figure 7: les moyennes des scores des sous-echelles de l'edi-2 en rapport avec scoff

Evaluation de l'EDI-2 en fonction du sexe :

On remarque que les moyennes des scores de l'EDI-2 sont plus élevées chez les femmes que chez les hommes. (Figure 8).

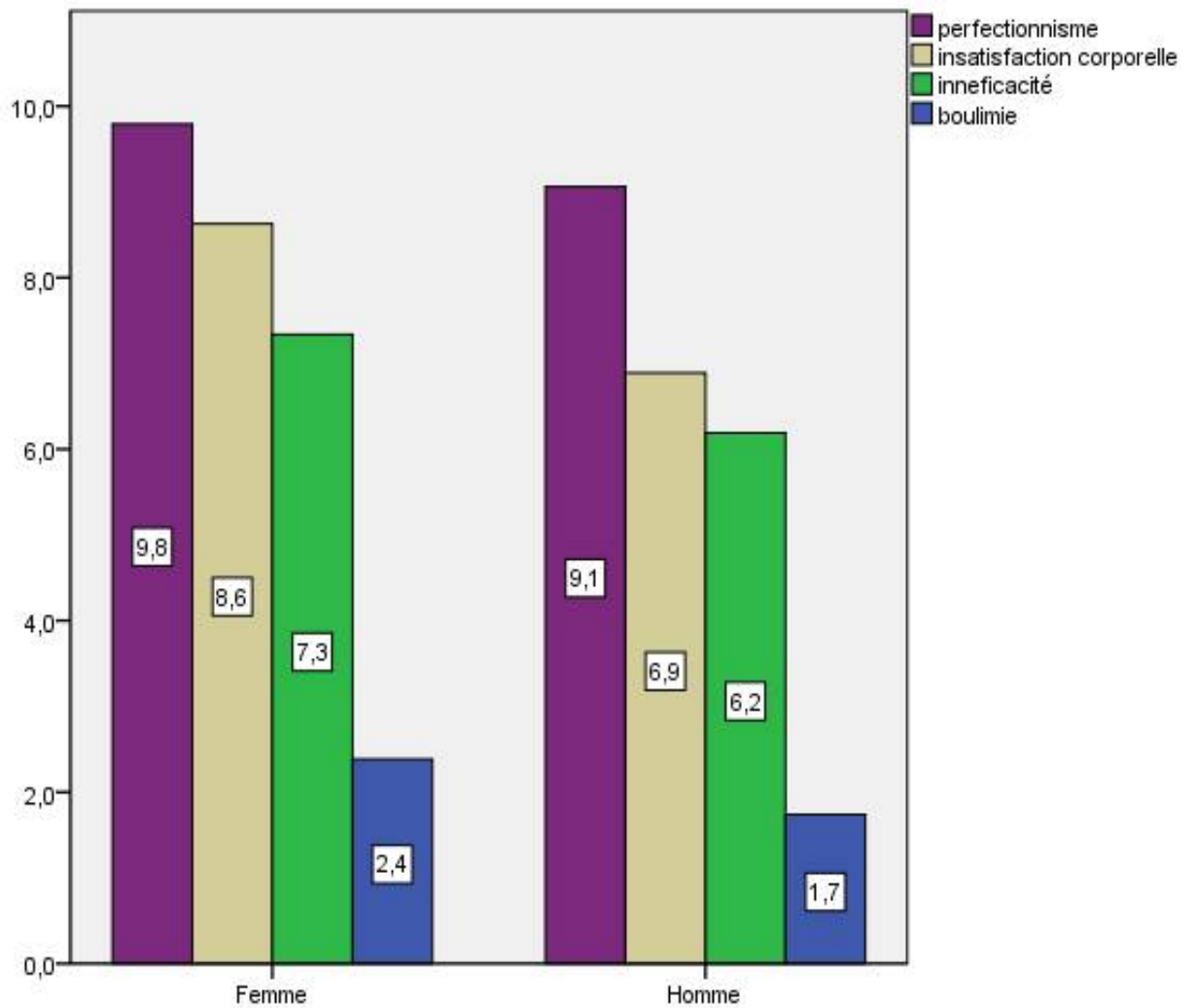


Figure 8: Evaluation De L'edi-2 En Fonction Du Sexe

-Evaluation de l'EDI-2 en fonction du niveau socio-économique :

Nous avons enregistré les moyennes du score de l'EDI-2 les plus importantes chez les étudiants du niveau économique « bas », avec une moyenne plus élevée au score sentiment d'inefficacité (moyenne = 11.7).

Les étudiants avec un niveau économique élevé, ont enregistré des scores plus élevés au niveau du : perfectionnisme et l'insatisfaction corporelle. (Figure 9)

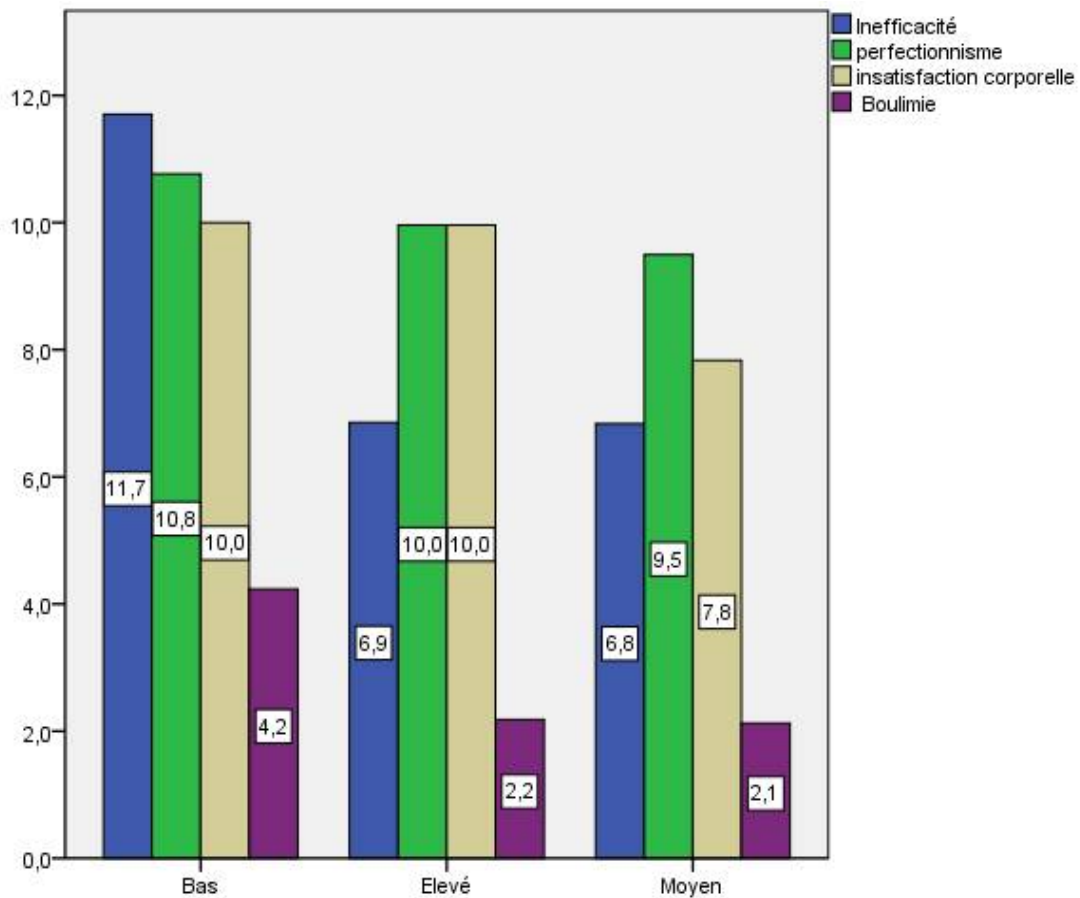


Figure 9: Evaluation De l'edi-2 En Fonction Du Niveau Socio-Economique

-Evaluation de l'EDI-2 en fonction de l'IMC :

Le score de l'insatisfaction corporelle est le plus élevé dans les IMC augmentés (obésité et surpoids).

L'insatisfaction corporelle et la boulimie était corrélée de façon très significative avec l'augmentation de l'IMC ($p < 0.0001$)

L'échelle perfectionnisme et le sentiment d'inefficacité est corrélée de manière non significatif à l'IMC ($p = 0,8$ et $p = 0.028$ respectivement). (Figure 10)

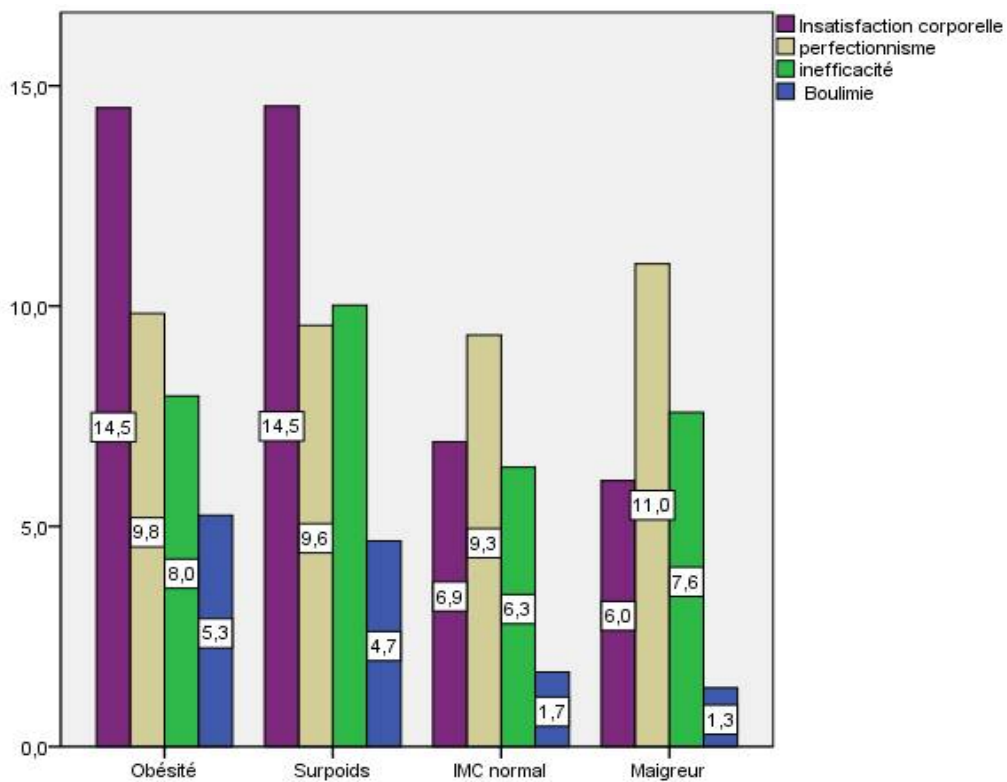


Figure 10: Evaluation de l'edi-2 en fonction de l'indice de masse corporelle

En résumé :

Au terme de cette étude analytique :

-Les items qui ont un lien statistiquement significatif avec le risque de développer un trouble des conduites alimentaire (SCOFF+) et ($p=0.005$ ou $p<0,005$), sont :

- ✓ Le genre,
- ✓ Les stratégies de contrôle du poids : vomissements provoqués, jeûne, laxatifs et coupes faim,
- ✓ L'anxiété : mesurée par le score HAD-anxiety,
- ✓ Les quatre échelles de l'EDI-2 : Boulimie, sentiments d'inefficacité, perfectionnisme et insatisfaction corporelle.

-L'EDI-2 chez les étudiants en médecine de Rabat a montré :

- ✓ Les femmes ont enregistré des moyennes des scores de l'EDI-2 les plus élevées.
- ✓ Dans les IMC augmentés (obésité et surpoids), le score de l'insatisfaction corporelle est le plus élevé.
- ✓ L'augmentation de l'IMC est en lien très significatif avec l'insatisfaction corporelle et la boulimie ($p<0.0001$).
- ✓ Le niveau économique « bas » est marqué par des moyennes du score de l'EDI-2 les plus importantes, la plus élevée de ces moyennes est celle du score du sentiment d'inefficacité.

III) DISCUSSION :

Notre étude avait pour objectif d'évaluer la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les étudiants en médecine de Rabat, et le lien entre les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, niveau socio-économique...), l'anxiété, les comportements et les cognitions reliés au risque de TCA.

En effet, plusieurs groupes non-cliniques ont fait preuve d'un nombre important de formes subsyndromiques de TCA, et sont ainsi considérés comme des sujets à risque de développer un trouble alimentaire : les étudiants de façon général et principalement en médecine, en diététique, et aussi les personnes dans le domaine artistique à savoir : la danse, la gymnastique, ou encore dans la mode (les mannequins). (71,72,73)

Concernant les outils d'évaluation, de dépistage et de diagnostic des TCA, ils diffèrent d'une étude à l'autre, ce qui rend les résultats très variables et difficiles à comparer. Les critères diagnostiques sont également problématiques, si on veut identifier les troubles précoces ou les formes sub-syndromiques.

Au terme de notre étude, 396 étudiants de la faculté de médecine de Rabat ont répondu de façon complète au questionnaire, parmi lesquels 54,3% des futurs médecins (soit N=215) ont un risque de trouble des conduites alimentaires qui a été évalué par le SCOFF-F. Dans une étude faite à Fès chez 730 étudiants en médecine, la prévalence des troubles des conduites alimentaires était de 32,8%.(6). Dans une autre étude faite à Marrakech chez 525 étudiants en médecine, la prévalence des troubles des conduites alimentaire était de 29,33%. (4). En comparant avec ces études, nous remarquons que le risque de troubles de conduites alimentaires est le plus élevé dans notre échantillon étudié. Nous relevons par la suite les facteurs associés à ce risque, et nous les comparons avec les autres études de la littérature.

Actuellement, de plus en plus d'études recherchent les troubles des conduites alimentaires chez la population de sexe masculin. Puisqu'il existe selon les chercheurs une sous-évaluation des cas de ces troubles alimentaires chez les garçons, en raison des représentations véhiculées autour de la maladie, celle-ci était considérée comme une maladie féminine. Notre étude pour sa part s'intéresse aux deux sexes, ainsi au sein de la population avec un risque de TCA (SCOFF-F +), 19.5% d'entre eux sont des sujets masculins (soit N=42) contre 80.5% des femmes (soit N=173) ($p=0,004$). Ces résultats rejoignent ainsi la prédominance féminine classique. Par contre, dans l'étude réalisé à Marrakech chez les étudiants en médecine, il existait une légère prédominance masculine à développer un TCA, avec 35,2 % chez les hommes contre 26,8 % chez les femmes ($p= 0,05$). (4)

Il existe également une représentation répondeur concernant les troubles alimentaires, qui est la prédominance de ceux-ci dans des classes sociales aisées. Une étude réalisée ultérieurement par McClelland et Crisp (2001) sur 692 patients montre que, dans cet échantillon, il existait près de deux fois plus d'anorexie mentale dans les classes sociales supérieures et moyennes. Concernant la boulimie, elle est plus fréquente dans les classes sociales défavorisées (1). Notre étude quant à elle a montré, que le risque de TCA est plus élevé dans la classe sociale moyenne avec 81,9%, puis 13,5% dans la classe élevée, et enfin seulement 4,7% des étudiants avec un niveau économique bas. Cette répartition peut être expliquée par une prégnance plus importante de l'idéal de minceur, et d'une réduction des temps de repas en famille dans ces classes sociales moyennes et supérieures.

La fratrie joue un rôle important dans la genèse de l'anorexie mentale selon docteur Solange Cook-Darzens, ainsi elle remarque, l'importance de critiques et des moqueries sur l'apparence physique qui existe au sein de la fratrie, et leur influence sur la construction de l'image du corps et l'estime de soi. Elle souligne aussi d'autres facteurs en rapport avec la fratrie et qui jouent un rôle dans les épisodes anorexiques : départ de l'aîné dans une fratrie de deux, les rivalités fraternelles intense, les rapports fusionnels entre les frères, dans lesquels l'anorexie se manifeste comme « processus de de différenciation ».(66) Ceci rejoint les résultats de notre étude, ou on peut remarquer, que les étudiants avec une fratrie de 3 ou de 2, ont plus de risque de développer un TCA, en comparaison avec les étudiants sans fratrie ou ceux avec une fratrie de 4 ou plus.

Mis à part la famille, notre terrain culturel est favorable au développement des troubles alimentaire : un corps désirable est celui dont le poids et les formes sont parfaitement contrôlés dans le sens d'une minceur sans cesse et flagrante, le surpoids est alors stigmatisé.(1) Dans notre étude faite à Rabat, on a remarqué qu'au sein des personnes avec un IMC élevé (Surpoids ou obésité) le risque de TCA est supérieur (77.1% et 79.2% respectivement) par rapport à ceux qui ont un IMC normal ou bas. Cette augmentation de l'IMC était corrélée de façon très significative avec l'utilisation de moyens restrictifs de contrôle du poids (régimes alimentaires, sport, jeûne, laxatifs et coupe-faim). Ces moyens qui peuvent avoir des conséquences graves sur la santé des jeunes futurs médecins. Ceci rejoint les résultats de l'étude faite à Fès, où l'élévation de l'IMC chez les étudiants était reliée de façon significative au risque de TCA. (6)

Par ailleurs, il a été admis qu'il existe une part de génétique dans le développement de l'obésité, mais les résultats de certaines études considèrent l'obésité comme une conséquence d'un comportement de dépendance à la nourriture (53). Ce rapprochement entre obésité et addiction alimentaire semble essentiel, en effet, dans l'hyperphagie boulimique, qui est souvent accompagné de l'obésité, se définit comme une consommation excessif d'aliments dans un temps limité malgré les conséquences néfastes (dégout, nausée, vomissement, obésité...) ceci reprend le caractère impulsif du comportement addictif. (74).

S'il existe à ce jour aucune définition ou critère diagnostique qui permette d'établir un réel diagnostic d'addiction alimentaire, (74), il existe cependant une comorbidité importante entre les troubles des conduites alimentaires et d'autres types d'addictions, comme la consommation de tabac, l'alcool, et l'abus des autres substances psychoactives qui est présent dans 30-37% des cas chez les patients boulimiques, et dans 12-18% des cas chez les anorexiques (American Psychiatric Association). L'impulsivité dans ces troubles alimentaire explique en partie la prédisposition à consommer les toxiques. (1) Ceci est illustré dans notre étude, ou on trouve que, chez les sujets qui consomment le tabac de façon régulière, 73,7% d'entre eux sont des sujets à risque de TCA, pour les consommateurs du cannabis de façon régulière, 83,3%% parmi eux sont des sujets SCOFF+, en ce qui concerne les consommateurs des autres substances psychoactives, 70% des sujets sont à risque de développer un TCA.

Plusieurs études de jumeaux ont montré la contribution importante de la génétique à l'étiologie de l'anorexie (53), Notre étude a montré que chez les sujets avec des antécédents familiaux de TCA, 68,8% parmi eux ont un risque de développer un trouble alimentaire. Cependant, d'autres études constatent que

le taux élevé de cas de troubles alimentaires chez les sujets avec un antécédent familial de TCA peut être expliqué par un contexte familial particulier qui se propage dans les générations (1) (anxiété familiale, valorisation des performances, refoulement des affections...).

Il existe également des facteurs précipitants de troubles alimentaires, parmi lesquels : les régimes alimentaires, en effet, plus de 50% des filles à la puberté se déclarent insatisfaites de leur apparence corporelle, ceci est plus marqué lorsque les modifications physiques surviennent tôt, cette insatisfaction engendre la poursuite des régimes alimentaires. Dans notre étude, 34 étudiants (soit 8,6% de notre échantillon) déclarent suivre un régime alimentaire, ces régimes peuvent prendre plusieurs formes selon ces étudiants : régime hypocalorique, sans glucides, végétarien... Il faut noter que ces régimes alimentaires peuvent être une porte d'entrée aux troubles alimentaires, en raison du sentiment de maîtrise et de bien être produit par la restriction alimentaire, et d'un risque accru à la survenue de comportements boulimiques consécutifs de cette restriction alimentaire.(1)

Une grande étude épidémiologique en Haute-Normandie, 2009- 2011, concernant la prévalence des TCA et les facteurs de risques associés, chez les étudiants à l'université, a montré que sur un échantillon de 1367 étudiantes de première année : 5% ont recours à des vomissements provoqués, 3% utilisent des laxatifs ou des diurétiques. (75).

Une étude faite en 2015 chez 60 étudiants en premier ou deuxième cycle à la faculté de médecine de Sfax en Tunisie a montré que, certains étudiants utilisent des stratégies de contrôle de poids comme : saut des repas (35%), régime draconien (16,7%), utilisation de coupe-faim (5%), utilisation de diurétiques (3,3%), recours au jeûne (3,3%), vomissements provoqués (1,7%). (76)

Ces études montrent l'intérêt de rechercher chez les populations non clinique ces formes subsyndromiques qui sont en augmentation, ainsi que l'importance du dépistage des sujets à risque de TCA, pour une PEC précoce. Ceci trouve son utilité dans notre étude, où 173 étudiants ont recours à des stratégies de contrôle du poids : 24 (6%) entre eux utilisent des coupes faim, 9 (2,3%) des vomissements provoqués, 3 (0,75%) des laxatifs. Ces derniers sont liés de façon très significative au risque de TCA.

Parmi les facteurs qui peuvent déclencher les troubles des conduites alimentaires, on trouve des événements stressants comme : le divorce des parents, le départ d'un membre de la fratrie, expériences d'échec (mauvaise note, redoublement...) ou d'humiliation (moquerie notamment en rapport avec l'apparence physique...). (1) Notre étude s'intéresse à une population spécifique, qui est les étudiants en médecine, ces derniers subissent un stress considérable, surtout lors de la période d'examen. Notre enquête a été menée en dehors de cette période des examens, dans laquelle nous avons utilisé le score HAD-anxiété pour évaluer le trouble anxieux chez les étudiants et son rapport avec les troubles des conduites alimentaires. Nous avons donc mis en évidence que les sujets ayant un SCOFF + se situent à plus de 60% au-delà du seuil de 10 points, ce qui représente un état anxieux certain, et ceci en comparaison avec les sujets SCOFF - (36%). Cette corrélation entre le risque de TCA et l'anxiété est très significatif ($p=0.001$). Dans l'étude menée à Fès concernant les TCA chez les étudiants en médecine a montré que les sujets ayant un risque de développer un TCA (SCOFF+) sont à plus de 80% au-delà du seuil de 8 points, avec plus de la moitié d'entre eux qui présente un état anxieux certain. Cette corrélation a été également significatif ($p<0.001$) (6). A cet effet, on se pose alors la question sur cette corrélation : est-ce les TCA qui majorent l'anxiété ou est-ce que c'est

le niveau d'anxiété qui augmente la vulnérabilité aux TCA ? Dans une étude menée sur 17 cas de Boulimie et 17 cas témoins (Crowther et al.,2001), chez qui il n'existait pas de différence de fréquence d'événement stressants dans le quotidien des participants, cette étude a montré, que les personnes boulimiques consommaient plus de calories les moments d'un stress perçu comme intense, ces personnes évaluaient alors les événement comme étant plus stressants, en comparaison avec la population témoin qui ne modifiait pas sa quantité calorique en fonction du stress. Ainsi la question de la perception du stress est peut-être plus importante à traiter chez les personnes concernées par les TCA, selon certaines études, ces personnes utilisent davantage le *coping* évitant, en particulier les anorexiques qui ont davantage tendance à l'évitement cognitif pour faire face aux difficultés et les boulimiques ont recours à la rumination cognitive. (1)

En France, sur une population de 441 étudiants en pharmacie, 1,5% présente un véritable syndrome boulimique, et 5,8% de la population féminine répondent aux critères des comportements boulimiques occasionnels (77). Tandis que, dans la même étude, aucun étudiant de sexe masculin n'a été trouvé répondant à ces critères. Par ailleurs, dans notre étude, on a observé une légère prédominance féminine dans la moyenne du score de « EDI-2 boulimie » avec 2.4 chez les femmes, contre 1.7 chez les hommes. En effet, certaines études ont mis en valeur la fréquence du syndrome boulimique dans la population estudiantine (78). On l'identifie même par le terme : « tableau symptomatique des conduites alimentaires étudiantes », ce terme désigne : les crises de boulimie régulières, accompagnées d'insatisfaction corporelle, d'une faible estime de soi, de périodes de stress et de dépression, et de problèmes d'adaptation à l'université (78).

De nombreuses données de la littérature confirment le lien étroit entre l'image du corps et les comportements alimentaires. Une image corporelle défavorable fait partie des critères diagnostiques de l'anorexie mentale et du tableau clinique des sujets atteints de formes sub-syndromiques de TCA. (79) En France, une étude réalisée sur 104 étudiantes, souligne que 34,6% de ces étudiantes déclarent que l'estime et l'opinion qu'elles ont d'elles-mêmes sont largement influencées par leurs formes corporelles et leurs poids (80).—Les résultats de notre étude rejoignent ces travaux, en retrouvant que la moyenne du score « Insatisfaction Corporelle » à l'EDI-2 est la plus élevée chez les personnes à risque de TCA, elle est de 11 chez les étudiant avec SCOFF+ et de 4,8 chez ceux avec SCOFF-. Par ailleurs, cette moyenne est de 8,6 chez les femmes, et elle est de 6,9 chez les hommes, on note alors une légère prédominance féminine en terme d'« insatisfaction corporelle ». Ceci confirme les données de la littérature, dans lesquelles les filles ont plus d'insatisfaction corporelle que les garçons et expriment plus de satisfaction lorsqu'elles sont maigres en comparaison avec les sujets avec un poids normal ou en surpoids (81) (82) (83) (84).

Par ailleurs, la sous-échelle « Perfectionnisme » explorée par EDI-2, permet d'étudier aussi bien le perfectionnisme imposé par soi-même et celui imposé par la société (85). Ces deux dimensions sont corrélées aux TCA (86). Ceci rejoint les résultats de notre travail où l'EDI-perfectionnisme est significativement relié au risque de TCA chez les étudiants de médecine de Rabat ($p < 0,0001$) avec une moyenne de 10.5.

En effet, le perfectionnisme n'est pas systématiquement en rapport avec la maladie, pour certains auteurs, il peut même être bénéfique, d'où l'intérêt de différencier entre le perfectionnisme maladaptatif et adaptatif (87). Le perfectionnisme maladaptatif, est impliqué chez les étudiants en médecine dans le développement des symptômes anxio-dépressifs (88), il est également associé au développement de TCA par l'influence du perfectionnisme sur le sentiment d'inefficacité (89). Dans notre étude, l'échelle « sentiment d'inefficacité » est lié de façon très significative au risque de TCA. La moyenne de ce score chez les personnes avec un SCOFF+ est de 8,9, elle est de 4,8 chez les sujets avec un SCOFF-. Par ailleurs, ce score est légèrement prédominé chez les femmes que chez les hommes de notre échantillon. En effet, certaines études soulignent que ce sentiment d'inefficacité est présent de façon significative chez les sujets atteints de TCA (90). Il est plus difficile à prendre en charge chez les adultes qu'à chez les sujets jeunes et peut même être un obstacle au traitement (91).

Certains auteurs ont également mis en valeur l'importance du sentiment d'efficacité personnelle pour l'adoption de comportements alimentaires sains et pour normaliser la préoccupation des individus avec leur silhouette et leur poids. (92) (93).

IV) LES LIMITES DE L'ETUDE :

Notre travail présente certaines limites. Il s'agit ici d'une étude qui a été réalisée dans une période de pandémie où le déplacement dans les milieux hospitaliers était à éviter. L'étude a été réalisée donc par un questionnaire mis en ligne, ce dernier était volontaire, ce qui rend l'échantillon étudié encore limité. De plus, notre travail n'a pas inclus les autres futurs acteurs de la santé (pharmaciens, infirmiers...).

En plus de la taille réduite de l'échantillon, notre étude est de type transversale, ceci constitue une limite méthodologique, car l'étude a porté sur les sujets qui ont répondu au moment de la disponibilité du questionnaire, ce dernier a été publié dans une période brève et limitée (2 mois), sans tenir compte de l'absence des sujets concernés par les TCA. En outre, ce type d'étude ne permet pas un suivi des sujets au futur, ceci peut représenter un biais dans l'étude des facteurs associés au risque de développer un TCA. Une étude prospective serait donc intéressante.

Par ailleurs, les questions des tests de dépistage utilisés : SCOFF, EDI-2 HAD-anxiété, ont été largement critiquées par les étudiants, les jugeant très intimes, inappropriées ou trop longues malgré l'anonymat du questionnaire, ce qui peut entraîner des faux-négatifs, principalement chez les sujets concernés par les TCA, ces derniers ont une faible capacité d'introspection, ils sont généralement dans le déni de leur trouble, et ne peuvent pas divulguer leurs habitudes alimentaires spontanément. Un questionnaire « non virtuelle » et dans une ambiance de confiance serait donc à privilégier.

En lien avec les contraintes méthodologiques de l'étude, l'étude statistique n'a pas été réalisée par un expert en statistique, et a eu recours à un seul logiciel statistique (SPSS) après une auto-formation, et dans une période d'essai, celle-ci est limitée (un mois), ceci nous amène à considérer le manque de financement des recherches chez les étudiants, soit pour acheter un logiciel, ou embaucher des experts, ou simplement donner des récompenses aux participants de l'étude



Conclusion / Perspectives



V) CONCLUSION / PERSPECTIVES :

Au terme de cette thèse, nous soulignons que l'objectif de notre étude est de mettre en évidence l'importance de la prévalence des TCA dans notre population d'étudiants en médecine de Rabat.

Nous avons pu conclure ainsi aux éléments suivants :

- Un risque des troubles des conduites alimentaires qui concerne la moitié de notre échantillon ;
- Une prévalence plus importante chez les étudiantes de sexe féminin ;
- Un état d'anxiété légèrement plus élevé chez les sujets à risque de TCA mais aussi chez la population des étudiants en médecine étudiée ;
- L'usage de moyens de contrôle du poids dangereux pour la santé tels que les coupes faim, les laxatifs, et vomissements provoqués ;
- L'insatisfaction corporelle est le score le plus élevé chez les sujets à risque de TCA suivi du perfectionnisme et du sentiment d'inefficacité.

Il faut souligner donc, que les étudiants en médecine, malgré leur fine connaissance du corps humain, et leur contact fréquent avec les patients, ne sont pas à l'abri des troubles des conduites alimentaires, ni d'insatisfaction vis-à-vis de leur propres corps, ni du sentiment d'inefficacité, ni du trouble d'anxiété. Il serait donc bénéfique de pousser d'autres études multicentriques et sur un échantillon plus large, afin de lever le voile sur, d'une part les pratiques alimentaires erronés et dangereuses, et d'autre part, les problèmes

psychologiques chez les étudiants en médecine, ceci dans le but de développer par exemple, via Internet, des plateformes s'adressant aux professionnels de santé marocains en premier lieu et à la population générale en second lieu, visant à répondre à un besoin d'informations sur les questionnements concernant les bonnes pratiques en matière de diététique, nutrition et activité physique et offrir aussi un soutien psychologique en dehors même du cadre pathologique, avec des recommandations pratiques cadrant avec le milieu marocain et sa culture.



Résumés



RESUME

Titre : La prévalence des troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Rabat.

Mots-clés : Troubles des conduites alimentaires-Anorexie-Boulimie –Etudiants-FMPR

Les troubles des conduites alimentaires sont des pathologies connues des médecins et de la population générale. Cependant comme beaucoup de pathologies psychiatriques, leurs définitions, critères diagnostiques et principes de prise en charge sont mal connus. En effet, l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse, sont souvent évoquées lorsque l'on parle des troubles de conduites alimentaires. D'autres TCA tels que l'hyperphagie boulimique et l'hyperphagie nocturne apparaissent depuis quelques années comme des pathologies bien définies, parfois plus fréquentes, et avec des complications métaboliques et digestives importantes à long terme, aussi bien sur le plan comportemental, puisqu'elles peuvent être considérées comme une addiction à part entière. Les TCA restent des pathologies psychiatriques fréquentes avec un retentissement psycho somatique sévère qu'il est important de dépister, d'autant plus qu'une prise en charge précoce permettrait d'éviter les complications, de ralentir l'évolution et d'en diminuer la mortalité.

Notre étude avait pour objectifs d'évaluer la prévalence des troubles des conduites alimentaires (TCA) chez les étudiants de médecine de Rabat et de rechercher certaines cognitions et comportements au rapport avec les TCA. Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique auprès de 396 étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat (1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème} et 7^{ème} année), durant l'année universitaire 2020-2021.

Nous avons eu recours au questionnaire de SCOFF-F 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 HAD anxiété en vue de diagnostiquer un état anxieux.

Nous avons recruté 396 étudiants et effectué l'enquête sur une période allant de Mars 2021 au Mai 2021, à travers un questionnaire par Google Form mis en ligne sur les groupes privés Facebook, les résultats ont été saisis et analysés par Excel et logiciel SPSS.

Nous avons mis en évidence une prédominance du sexe féminin (74,7%) dans l'échantillon étudié et une moyenne d'âge de 22,26.

Les conduites addictives ont également été retrouvées dans des proportions variables, concernant la consommation du tabac (7.6% occasionnellement et 4.8% régulièrement), l'alcool (11.9% occasionnellement et 1% régulièrement) et le cannabis (3% occasionnellement et 1.5% régulièrement).

Le niveau socio-économique moyen était retrouvé chez la majorité des étudiants (83.33%).

L'IMC moyen était entre 18.5 Kg/ m² et 24.9 Kg/m², avec 12.1% des sujets en surpoids, 12.9% des sujets en maigre et 6.1% des sujets en obésité.

54.3% des étudiants ont le risque de développer des troubles de conduites alimentaires. Ce risque était légèrement prédominant chez le sexe féminin (80.5%).

Nous avons remarqué aussi qu'il y avait une nette tendance au surpoids et à l'obésité chez les sujets à risque.

Concernant les moyens de contrôle du poids, 43.7% de nos étudiants déclaraient les utiliser avec : plus la moitié (74.2 %) utilisent le sport comme moyen de contrôle du poids, 40.4% utilisent le jeûne, 8,6% sont sous des régimes alimentaires, 24 étudiants utilisent des coupes faim, 9 des vomissements provoqués et 3 des laxatifs. Nous n'avons trouvé aucun cas de contrôle par les diurétiques. Ceci avec toujours une association très significative au risque de TCA.

Concernant le niveau d'anxiété évalué par HAD-anxiété, les sujets ayant un risque de TCA se situent à plus de 60% au-delà du seuil de 10 points, ce qui présente un état anxieux certain, et ceci en comparaison avec les sujets SCOFF – (36%). Cette corrélation entre le risque de TCA et l'anxiété est très significatif ($p=0.001$).

Pour l'EDI-2, nous avons constaté une nette élévation des scores de la boulimie, du perfectionnisme, de l'inefficacité et de l'insatisfaction corporelle chez les sujets à risque de TCA avec un $p<0.0001$. Ces scores sont plus élevés chez les sujets de sexe féminin.

L'insatisfaction corporelle et la boulimie était marquée de façon très significatif avec l'augmentation de l'IMC ($p<0.0001$)

Dans notre étude, le risque de TCA est élevé chez les étudiants en médecine, avec l'implication de plusieurs facteurs. D'autres études seraient donc souhaitables, afin de mettre en route les actions de prévention avant l'installation des troubles.

ABSTRACT

Title: Eating Disorders among Rabat Medical Students

Keywords: Eating Disorders - Anorexia - Bulimia - Students – FMPR

Eating disorders are diseases known to physicians and the general population. However, like many psychiatric pathologies, their definitions, diagnostic criteria and management principles are poorly understood. Indeed, anorexia nervosa and bulimia nervosa are often mentioned when talking about eating disorders. Other eating disorders such as binge eating and nocturnal binge eating have appeared for several years as well-defined pathologies, sometimes more frequent, and with significant long-term metabolic and digestive complications, and also behaviorally, since they can be considered as an addiction in their own right. Eating disorders remain frequent psychiatric pathologies with a severe psychosomatic repercussion that it is important to detect, especially since early treatment would prevent complications, slow the progression and reduce their rate of mortality.

The objectives of our study were to assess the prevalence of eating disorders (ED) and those at risk for these disorders, and to look for certain cognitions and behaviors related to them.

This is a cross-sectional study with a descriptive and analytical aim among 396 students of the Faculty of Medicine and Pharmacy of Rabat (1st, 2nd, 3rd, 4th, 5th, 6th and 7th year), during the academic year 2020-2021. We used the SCOFF-F questionnaire for the screening of eating disorders, EDI-2: questionnaire to help profile the psychological traits and symptoms of the individual with various eating disorders. As well as the HAD anxiety in order to diagnose an anxiety state.

We recruited 396 students and carried out the survey over a period from March 2021 to May 2021, through a questionnaire by Google Form posted on private Facebook groups; the results were entered and analyzed by Excel and SPSS software.

We found a predominance of the female sex (74.7%) and an average age of 22.26.

Addictive behaviors were also found in variable proportions, concerning tobacco consumption (7.6% occasionally and 4.8% regularly), alcohol (11.9% occasionally and 1% regularly) and cannabis (3% occasionally and 1.5% regularly).

The average socio-economic level was found among the majority of students (83.33%).

The mean BMI was between 18.5 Kg / m² and 24.9 Kg / m², with 12.1% of the overweight subjects, 12.9% of the underweight and 6.1% of the obese subjects.

54.3% of students have the risk of developing eating disorders.

The risk of eating disorders was predominant in females (80.5%).

We also noticed that there was a clear tendency towards overweight and obesity in those at risk. Regarding the means of weight control, 43.7% of our students declared using them with: more than half (74.2%) use sport as a means of weight control, 40.4% use fasting, 8.6% are on diets food, 24 students use appetite suppressants, 9 induce vomiting and 3 use laxatives. We found no case of diuretic control. Weight control has a significant association with the risk of eating disorder.

Regarding the level of anxiety assessed by HAD-anxiety, subjects with a risk of eating disorder are more than 60% above the threshold of 10 points, which presents a certain state of anxiety, and this in comparison with the subjects SCOFF - (36%). This correlation between the risk of ED and anxiety is very significant ($p = 0.001$).

For EDI-2, we found a marked increase in scores for bulimia, perfectionism, ineffectiveness and body dissatisfaction in subjects at risk for ED with a $p < 0.0001$. These scores are higher in female subjects.

Body dissatisfaction and bulimia were very significantly marked with increased BMI ($p < 0.0001$)

In our study, the risk of eating disorder is high in medical students, with the involvement of several factors. Further studies would therefore be desirable, in order to initiate preventive actions before the onset of disturbances.

ملخص

العنوان: اضطرابات الأكل لدى طلبة كلية الطب بالرباط.

الكلمات الرئيسية: فقدان الشهية العصبي- الشره المرضي- كلية الطب بالرباط.

اضطرابات الأكل هي أمراض معروفة بالنسبة للأطباء و عامة الناس. و مع ذلك، مثل العديد من الأمراض النفسية، فإن تعريفاتها و معايير التشخيص و مبادئ العلاج غير مفهومة جيدا. فعند الحديث عن اضطرابات الأكل، غالبا ما يتم ذكر فقدان الشهية العصبي و الشره المرضي. لكن منذ سنوات قليلة تم التعرف باضطرابات أكل أخرى مثل الشراهة عند الأكل و الشراهة الليلية، و قد تكون أكثر انتشارا من الأخرى، و مع مضاعفات جسدية على المدى البعيد و سلوكية أيضا. حيث أن اضطرابات الأكل تعتبر اليوم إدمانا في حد ذاته. لذا من المهم اكتشافها مبكرا، خاصة و أن العلاج المبكر سيمنع المضاعفات و يبسط تقدمها و يقلل من معدل الوفيات.

إن أهداف دراستنا هي تقييم معدل انتشار اضطرابات الأكل عند طلبة الطب بالرباط، و البحث عن بعض العوامل المتعلقة بها.

هذه الدراسة هي دراسة مقطعية بهدف وصفي و تحليلي، شارك فيها 396 طالبا من كلية الطب و الصيدلة بالرباط (السنة الأولى و الثانية و الثالثة و الرابعة و الخامسة و السادسة و السابعة)، على مدار مدة زمنية من مارس إلى ماي 2021، خلال العام الدراسي 2020-2021.

لجانا إلى استمارة تم نشرها في المجموعات الخاصة على الفايسبوك، و تم تحليل نتائجها بواسطة برنامجي . و تحتوي هذه SPSS و EXCEL لاستمارة على ثلاثة اختبارات :

- SCOFF : و هي أداة فعالة و بسيطة للكشف عن اضطرابات الأكل.
- EDI-2 : و هي أداة لتقييم السلوكات و الأفكار المتعلقة باضطرابات الأكل.
- HAD : و هي أداة لتقييم مستوى القلق.

تم التوصل إلى النتائج التالية :

- ✓ أغلبية المشاركين هم من الجنس الأنثوي (74.7%)، متوسط العمر هو 22.26.
- ✓ نسب متفاوتة بالنسبة لسلوكات الإدمان : التبغ (7.6% أحيانا و 4.8% بانتظام)، الكحول (11.9% أحيانا و 1% بانتظام)، المخدرات (3% أحيانا و 1.5% بانتظام).
- ✓ مستوى اجتماعي متوسط بين أغلبية الطلبة (83.33%).
- ✓ 12% من العينة تعاني من زيادة الوزن، 12.9% من نقص الوزن، 6.1% يعانون من السمنة المفرطة.
- ✓ 54% من الطلبة معرضون لخطر الإصابة باضطرابات الأكل. أغليبتهم هم إناث بنسبة 80.5%.
- ✓ 43.7% من الطلبة يستعملون وسائل للتحكم في الوزن : منهم أكثر من النصف يمارسون الرياضة كوسيلة للتحكم في الوزن، و 40.4% الصيام، 8.6% الحمية الغذائية، 24 من الطلبة يستعملون وسائل سد الشهية، 9 تعمد القيء، و 3 استعمال مسهلات.
- ✓ أكثر من 60% من الأشخاص المعرضين للإصابة باضطرابات الأكل، يعانون من حالة قلق مؤكدة.
- ✓ ارتفاع مهم في معدلات الشره المرضي و المثالية و الشعور بعدم الكفاءة و عدم الرضا الجسدي بالنسبة للأشخاص المعرضين للإصابة باضطرابات الأكل. هذه المعدلات هي أكثر ارتفاعا بالنسبة للجنس الأنثوي.

في دراستنا هذه، فإن خطر الإصابة باضطرابات الأكل عند طلبة الطب بالرباط مرتفع، بمساهمة عدة عوامل. فمن المؤكد أنه يجب إجراء مزيدا من الأبحاث و الدراسات، من أجل الشروع في إجراءات وقائية قبل بداية الاضطرابات.



Annexes



**QUESTIONNAIRE SUR LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES CHEZ
LES ETUDIANTS EN MEDECINE DE RABAT**

Chers étudiants,

dans le cadre de ma thèse de doctorat en médecine, nous menons une étude sur les troubles de comportements alimentaires chez les étudiants en médecine. Il s'agit d'un questionnaire anonyme qui ne vous prendra que quelques minutes pour y répondre. Nous vous rappelons que l'enquête est volontaire et les données ne seront pas utilisées individuellement, mais analysées comme un ensemble d'indicateurs.

Répondez le plus spontanément possible aux questions.

On vous remercie pour votre participation.

A- Le profil de l'étudiant :

1. Votre âge :

- 18 ans ou moins
- 19ans
- 20ans
- 21ans
- 22ans
- 23ans
- 24ans ou plus

2. Votre sexe:

- Femme
- Homme

3. Statut marital :

- Célibataire
- Marié
- Divorcé
- Veuf

4. Avez-vous des enfants ? Oui Non

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

5. Votre niveau d'étude :

- 1ère année

- 2ème année
- 3ème année
- 4ème année
- 5ème année
- 6ème année
- 7ème année

Redoublements ? Oui non

Si oui, nombre de redoublements :

6. Votre appréciation de votre niveau économique :

- Bas
- moyen
- élevé

7. Nombre de fratrie :

- Enfant unique
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ou plus

B- les données cliniques:

- Antécédents :

Personnels :

8. Avez-vous des antécédents de troubles psychiatriques ?

- Non
- Oui, lesquels ?

9-Avez-vous un suivi antérieur ou actuel en psychiatrie ?

- Non
- Oui

10-Etes-vous sous un traitement psychiatrique ?

- Non
- Oui, lequel :

9- Suivez-vous un régime alimentaire

- Non
- Oui, lequel ?

.....
10- Avez-vous un diabète insulino-dépendant

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non
- Autres antécédents :

- Usage de substance :

12- Consommez-vous du tabac ?

- non
- Occasionnellement
- Régulièrement

13- Consommez-vous de l'alcool ?

- non
- occasionnellement
- Régulièrement

14- Consommez-vous du Cannabis ?

- non
- occasionnellement
- régulièrement

15- Consommez-vous d'autres substances Psychoactives ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles ?

Antécédents familiaux :

16- Trouble des conduites alimentaires ?

- Oui
- Non

17- Autres troubles Psychiatriques ?

- Non
- Oui, lesquelles :

18- Diabète insulino-dépendant ?

- Oui
- Non

19- Dyslipidémie ?

- Oui
- Non

20. Autres antécédents :

-Moyens de contrôle du poids :

21- Calculez votre IMC (poids en kg/ taille² en m) :

- $IMC < 18.5 \text{ KG/m}^2$
- $18.5 < IMC < 24.9$
- $25 < IMC < 29.9$
- IMC plus de 30 KG/m^2

22- Contrôlez-vous votre poids ?

- Oui
- Non

Si oui, de quelle manière ?

- Jeun
- sport
- laxatifs
- coupe faim
- vomissements provoqués
- diurétiques
- Autres médicaments

C-Questionnaire SCOFF:

23- Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ?

- oui
- non

24- Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?

- Oui
- Non

25- Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de trois mois ?

- Oui
- Non

26- Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?

- Oui
- Non

27- Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?

- Oui
- Non

E- TEST EDI-2

Sous échelle : BOULIMIE

28- Je mange quand je suis ému(e) / bouleversé(e) / contrarié(e) :

- toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

29- Je me gave de nourriture :

- toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

30- J'ai eu des crises de frénésie alimentaire, avec l'impression que je ne pourrais plus jamais m'arrêter :

- toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

31- Je pense à faire des crises de frénésie alimentaire :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

32- Je mange modérément en présence des autres et me gave après leur départ :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

33- J'ai l'idée d'essayer de vomir pour perdre du poids :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

34- Je mange ou bois en cachette :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

Sous échelle : sentiment d'inefficacité

35- Je me sens incapable :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

36- Je me sens seul(e) au monde :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

37- Globalement, j'ai le sentiment de maîtriser les choses, dans ma vie :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

38- J'aimerais être quelqu'un d'autre :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

39- Je me sens inadéquat(e) :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

40- Je me sens sûr(e) de moi :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

41- J'ai une mauvaise opinion de moi-même :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

42- J'ai le sentiment de pouvoir réaliser mes ambitions :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

43- Je me sens quelqu'un de valable :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

44- Je me sens vide intérieurement (émotionnellement) :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

Sous échelle : perfectionnisme :

45- Seules les performances exceptionnelles sont reconnues dans ma famille :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

46- Enfant, je faisais de grands efforts pour ne pas décevoir mes parents et enseignants :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

47- Je déteste ne pas être parmi les meilleur(e)s dans tout ce que j'entreprends :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

48- Mes parents ont attendu de moi que je réalise d'excellentes performances :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

49- Je trouve que je dois faire les choses à la perfection ou pas du tout.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

50- Mes objectifs sont extrêmement élevés.

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

Sous échelle : insatisfaction corporelle

51- Je trouve mon ventre trop gros :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

52- Je trouve mes cuisses trop grosses :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

53- Je trouve que mon ventre est juste à la bonne taille :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

54- Je suis satisfait(e) de la forme de mon corps (de ma silhouette) :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

55- J'aime bien la forme de mes fesses :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

56- Je trouve mes hanches trop larges :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

57- Je trouve mes cuisses juste à la bonne taille :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

58- Je trouve mes fesses trop grosses :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

59- Je trouve mes hanches juste à la bonne taille :

toujours en général souvent quelquefois rarement jamais

D- Echelle HAD- Anxiété:

60- Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

61- J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- Oui, très nettement
- Oui, mais ce n'est pas trop grave
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

62- Je me fais du souci :

- Très souvent

- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

63- Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

- Oui, quoi qu'il arrive
- Oui, en général
- Rarement
- Jamais

64- J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent

65- J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- Oui, c'est tout à fait le cas
- Un peu
- Pas tellement
- Pas du tout

66- J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais



Références bibliographiques



- [1] **Shankland R.** Les troubles du comportement alimentaire. Paris : éditions DUNOD ; 2009.
- [2] Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : prise en charge. Juin 2010. Disponible sur le site : www.has-santé.fr
- [3] **Terrien S. Anorexie, boulimie,** Cinq idées reçues sur les troubles des conduites alimentaires [Internet]. Juin 2018 [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/article/anorexie-boulimie-5-idees-recues-sur-les-troubles-des-conduites-alimentaires>
- [4] **Cherradi M.** Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Marrakech. Thèse de médecine, Université Caddi Ayyad, 2018, n° 221, 131p.
- [5] **Lock Yam Lam M.** Troubles des conduites alimentaires dans les pays non occidentaux : influence des facteurs culturels et des médias. Thèse de médecine, Université de Bordeaux, 2018, n° 3059, 87p
- [6] **Kaichouh M.** les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine de Fès. Thèse de médecine, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, 2015, n°172, 116p
- [7] Collège des Enseignants de Nutrition. Régulation physiologique du comportement alimentaire. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2010. Consulté le 19 février 2018. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/nutrition/enseignement/nutrition_12/site/html/cours.pdf

- [8] **Bout B.** L'organisation de la recherche et ses perspectives en matière de prévention et de traitement de l'obésité. 2010. Disponible sur le site www.senat.fr
- [9] **Sauleau P.** Physiologie du comportement alimentaire. Consulté le 16 avril 2018. Disponible sur:
https://facmed.univrennes1.fr/wkf/stock/RENNES20100315113024psaul eauComportement_alimentaire.pdf.
- [10] **Arnal-Couderc M.** Dépistage des troubles du comportement alimentaire à l'aide du SCOFF-F chez 964 actifs et étudiants en Haute-Vienne. Thèse de médecine, Université de Limoges, 2018, 126p.
- [11] **Lahlou S.** Peut-on changer les comportements alimentaires ? Cah Nutrition Diététique. Avril 2005.
- [12] **Le Barzic M.** le syndrome de restriction cognitive de la norme au désordre du comportement alimentaire. Consulté le 7 Avril 2018. Disponible sur :
<http://www.emconsulte.com/showarticlefile/80036/index>
- [13] **Carrel G. Giusti V.** Prise alimentaire: Pas uniquement une question de volonté ! Revue Med Suisse, 2009, Vol 5,769-772p.
- [14] **Anderes M.** Le comportement alimentaire : un paramètre important dans la prise de poids. Disponible sur le site www.dietetique-toulouse.fr.
- [15] **Godart N. Jeammet P. Radon L. Foulon C. Duclos J.** Troubles des conduites alimentaires. Manuel de Psychiatrie. Elsevier Masson, 2017, 491-512p.

- [16] **Chaulet S, et al.** Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. Journal de pédiatrie et de puériculture, 2018. Disponible sur le site : <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2018.04.004>
- [17] Organisation mondiale de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Genève : Organisation mondiale de la santé, 2009.
- [18] Organisation mondiale de la santé. L'OMS publie sa nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11). Genève, juin 2018. Disponible sur le site : [https://www.who.int/fr/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/fr/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
- [19] **DSM-V** : Cinquième révision du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders.
- [20] **DSM-IV-TR** : Quatrième révision du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders.
- [21] **Van Son GE. Van Hoeken D. Bartelds AIM. Van Furth EF. Hoek HW.** Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in The Netherlands. Int J Eat Disord. Nov 2006.
- [22] Turnbull S. Ward A. Treasure J. Jick H. Derby L. The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. Br J Psychiatry, 1996.
- [23] **Ackard D. Fulkerson J. Neumark-Sztainer D.** Prevalence and Utility of DSM-IV Eating Disorder Diagnostic Criteria among Youth. Int J Eat Disord, 2007.

- [24] **Keshaviah A. Edkins K. Hastings ER. Krishna M. Franko DL. Herzog DB.** Reexamining premature mortality in anorexia nervosa : A metaanalysis redux. Compr Psychiatry, 2014.
- [25] **Simon Y.** Epidemiology and psychosocial risk factors in anorexia nervosa. Nutrition clinique et métabolisme 2007;21;137–142.
- [26] **Wolk et al.** Assessment of patients with anorexia nervosa. 2005
- [27] **Kestemberg E, Kestemberg J, Decobert S, Lebovici S.** La faim et le corps : Une étude psychanalytique de l’anorexie mentale. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2005.
- [28] Troubles des conduites alimentaires chez l’adolescent et l’adulte, item69. Disponible sur le site : <https://www.cunea.fr/sites/default/files/ecn69.pdf>
- [29] **Perroud A.** Savoir traiter la boulimie avec les TCC. Paris : éditions Retz ; 2010.
- [30] www.anorexie-et-boulimie.fr (rubrique « pour les professionnels de santé » : 38 textes sur les TCA).
- [31] **Brusset B.** La figure de l’anorexique dans l’adolescence 2005;53(3);575–86.
- [32] **Muhlheim L.** Anosognosia and Anorexia Symptoms, 2020. disponible sur le site : www.verywellmind.com
- [33] **Albinhac A.** Anorexie mentale, lien parental et attachement : étude du lien parental dans l’enfance chez une population d’enfants et d’adolescents avec anorexie mentale. Thèse de médecine, Université de Bordeaux, 2016, n°3049, 120p.

- [34] **Challier P. al.** Arch Pediatr. Severe hyponatremia associated with anorexia nervosa, 1995 Oct.
- [35] **Rigaud D.** Le mérycisme : un comportement de dépendance fréquent dans l'anorexie et la boulimie, 2010. Disponible sur le site : anorexie-et-boulimie.fr
- [36] **Alvin P.** Collectif. Anorexies et boulimies à l'adolescence. Édition : 4e édition. Rueil-Malmaison: Doin Edition.
- [37] **Papet N, Nicolas L, Manzanera C, Senon JL.** Troubles conduites alimentaires, Q42. Disponible sur le site : <https://www.psychanalyse.com/>
- [38] **Rigaud.D, Brindisi. M-C, H. Pennacchio.** Troubles du comportement alimentaire. Elsevier Masson, 2011.
- [39] **Melchio JC.** Aspects somatiques et nutritionnels de la prise en charge des TCA, 2010.
- [40] **Willingness,** The Psychological Effect of Anorexia Nervosa, 2016. Disponible sur le site: www.willingness.com
- [41] Diététique en pratique médicale courante. 2e édition, Elsevier Masson, 2017 ;15;181-194.
- [42] **Léonard T, Foulon C, Guelfi J-D.** Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. Encycl. Méd. Chir. Elsevier SAS, Paris, Psychiatrie, 2005;37-105.

- [43] **Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW.** Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep.* août 2012.
- [44] **Van Son G.E. et al.** Urbanisation and the incidence of eating disorders. *Br J Psychiatry*, 2006; 189;562–663.
- [45] **Ledoux S, Choquet M.** Institut national de la santé et de la recherche médicale. (I.N.S.E.R.M.). Villejuif. FRA. Les troubles des conduites alimentaires. Résultats d'une enquête épidémiologique réalisée dans le Sud-Haute-Marne. Paris: I.N.S.E.R.M; 1991. 73p. (Analyses et prospective. Les 11-20 ans et leur santé.).
- [46] **Hoek HW, Van Hoeken D.** Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. Nov 2016.
- [47] **Flament M, Obeid N.** Prevalence of eating disorders : A comparative study between France, the USA and Canada. *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence*, 2012.
- [48] **Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC.** The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, Févr 2007.
- [49] **Haute Autorité de Santé,** Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge en vue d'une recommandation de bonne pratique. Juin 2019. Disponible sur le site : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/boulimie_et_hyperphagie_boulimique_-_recommandations.pdf

- [50] **Ben Hammouda A, Jenhani N, Chaari C, Rojbi I, Fendi O, Trabelsi N.** Prévalence de la boulimie et de la frénésie alimentaire chez des diabétiques de type2. *Diabetes&Metabolism*, 2013.
- [51] **Cleveland Clinic medical professional.** Bulimia Nervosa, 2019. Disponible sur le site : www.my.clevelandclinic.org
- [52] **Vanderlinden J.** Lectures, adresses et sites recommandés. Dans : E. Kinoo, *Vaincre la boulimie*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur, 2012,235-242pp
- [53] **Lalonde P, Pinard G-F.** Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale. 2016 ; 4^e édition ; Tome 1 ; partie 3 : chapitre 31:Troubles des conduites alimentaires.
- [54] **Chambovey L.** Les interventions des travailleurs sociaux dans la prise en charge de l'anorexie et de la boulimie chez les adolescents. Thèse de sociologie, Haute Ecole Valaisanne, 2008, 109p.
- [55] **Raabe K.** Mädchenspezifische Prävention von Ess-Störungen. Schneider Verlag Hohengehren. Heidelberg, 2005,17-20p
- [56] **Hoffmeyer, Stauber,** cités par H.Chabrol in « L'anorexie et la boulimie de l'adolescente », p.89
- [57] **Morgan J.F, Reid F, Lacey J.H,** The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders, 1999,Vol(319).
- [58] **Garcia F.D.** Detection of eating disorders in patients: validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. *Clin Nutr*, 2011.178-81p.

- [59] **Duarte Garcia F.** Troubles du comportement alimentaire : mieux dépister pour traiter précocement. *Corresp En Métabolismes Horm Diabète Nutr*, 2011.
- [60] **Godart N, Lyon I, Perdereau F, Corcos M.** Prise en charge des troubles des conduites alimentaires chez les adolescentes. *Rev Prat*, 2008.
- [61] American Psychiatric Association. Practice guideline for the Treatment of patients with eating disorders .Third edition. *Am J Psychiatry*, 2006.
- [62] **Tournemire A.** Prise en charge somatique dans l'anorexie mentale: recommandations médicales. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, sept 2001.
- [63] **Crenn P, Melchior J-C.** Bilan somatique et critères de gravité dans l'anorexie mentale. *Nutr Clin Métabolisme*, déc 2007.
- [64] **Barras-Moret AC.** Le syndrome de renutrition inappropriée : la clé du traitement est la prévention. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 2011.
- [65] **Layec S, Stefanescu C, Corcos O, Amiot A, Pingetot I, Messing B, Joly F.** Les vraies indications de la nutrition parentérale. *Post'U* (2011). 25-34p.
- [66] **O'Boyle E.** La question de la dysmorphophobie dans l'anorexie mentale à l'adolescence : de l'enjeu diagnostique aux implications thérapeutiques. Thèse de médecine, Faculté de Rouen, 2015, 217p
- [67] American Addiction Centers. What Sort of Medications Are Available for Bulimia Treatment ? 2019.
- [68] **Blake Woodside.D, MD.** *Psychiatric Times*, 2008 ;Vol(25).

- [69] **Tapestry.** A Successful Bulimia Recovery Meal Plan, 2018. Disponible sur le site : www.tapestrync.com
- [70] **Perroud A.** Savoir traiter la boulimie avec les TCC. Paris : éditions Retz ; 2010.
- [71] **Futch LS, Wingard DL, Felice ME.** Eating pattern disturbances among women medical and graduate students. *J Adolesc Health Care* 1988;9,5;378-383.
- [72] **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;12,4; 234-39.
- [73] **Thomas Al.** Disordered eating attitudes and behaviors in ballet students: examination of environmental and individual risk factors. *Int J Eat Disord* 2005;38, 3;263-68.
- [74] **Rapenne G.** Troubles du comportement alimentaire et addictions : l'alimentation peut-elle devenir une addiction ? Thèse de pharmacie, Université de Bordeaux, 2017, n°82, 149p.
- [75] **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;5,6;969-982.
- [76] **Charfi N.** Etude du rapport des troubles des conduites alimentaires avec le niveau de stress et l'estime de soi chez les étudiants en médecine de Tunisie. 2015 ; Vol 93 (n°11), pp 720-723.

- [77] **Bailly, D, Lesueur, Boniface Parquet P.** Comportements boulimiques chez les étudiants français : une fréquence peu élevée? *Annales de psychiatrie* 1992 ;7,1;59-64.
- [78] **Schwitzer A. M, Rodriguez L. E.** Understanding and responding to eating disorders among college women during the first-college year. *Journal of The First Year Experience* 2002;14,1;41-63.
- [79] **Cooley E, Toray T.** Body Image and Personality Predictors of Eating Disorder Symptoms During the College Years. *International Journal of Eating Disorders* 2001;30,1;28-36.
- [80] **Lachaud M, Miquel V, Rousseau A, Chabrol H.** Pratiques alimentaires et préoccupations corporelles chez les jeunes femmes. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2004;14,3;131-134.
- [81] **Mäkinen M, Puukko-Viertomies L.R, Lindberg N, Siimes 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 ;12,35;1-8.
- [82] **Stice E, Whitenton K.** Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Dev Psychol*, 2002 ;38 ; 669–678p.
- [83] **DC, Jones.** Body image among adolescent girls and boys: a longitudinal study. *Dev Psychol*, 2004 ;40 ;823–835p.
- [84] **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;888-899.

- [85] **Sherry S.B, Hewitt P.L, Besser A, McGee B.J, Flett G.L.** Self-Oriented and Socially Prescribed Perfectionism in the Eating Disorder Inventory Perfectionism Subscale. *International Journal of Eating Disorders.* 5;121- 128.
- [86] **Cockell S. J, Hewitt P. L, Seal B, Sherry S, Goldner E. M, Flett G. L.** Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research* 2002;26;745-758.
- [87] **Parker W.D.** An empirical typology of perfectionism in academically talented children. *American Educational Research Journal* 1997;34;545-562.
- [88] **Murray W Enns, Brian J Cox, Jitender Sareen and Paul Freemann.** Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Medical Education* 2001; 35,11;1034-1042.
- [89] **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 ;56 - 63.
- [90] **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;48

- [91] **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 ;47, 7;825-35.
- [92] **Berman, E. S.** The relationship between eating self-efficacy and eating disorder symptoms in a non-clinical sample. *Eating Behaviors* 2006 ;7;79-90.
- [93] **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 ;376-384.

Serment d'Hippocrate

*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 le respect de la vie humaine dès la conception.*
- ❖ *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

Je m'y engage librement et sur mon honneur.





بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ❖ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- ❖ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجهد الذي يستحقونه.
- ❖ وأن أمارس مهنتي بواجب من ضمير يهني وشرف في جلاء صحة مريض هدي في الأول.
- ❖ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- ❖ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- ❖ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- ❖ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- ❖ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- ❖ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- ❖ بكل هذا أتعهد عن كامل اختياري ومقسما بالله.

والله على ما أقول شهيد



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



أطروحة رقم: 463

سنة : 2021

اضطرابات الأكل لدى طلبة كلية الطب بالرباط

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : / / 2021

من طرف

السيدة سناء الهبطي

المزادة في 02 يناير 1996

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية : فقدان الشهية العصبي؛ الشره المرضي؛ كلية الطب بالرباط

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس	السيد حسن كسرى
مشرف	أستاذ في الطب النفسي السيدة ماريا صابر
عضو	أستاذة في الطب النفسي السيد محمد قديري
عضو	أستاذ في الطب النفسي السيدة أسماء علوي مدغري
عضو	أستاذة في طب الأطفال السيدة فاطمة العماري
	أستاذة في الطب النفسي