

ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE FES



Les troubles des conduites alimentaires chez les étudiants en médecine marocains

Pour l'obtention du diplôme
de fin de spécialité en Psychiatrie

Présenté et soutenu par

Dr. AZZOUZI Nada

Sous la direction de : **Pr. Ismaïl Rammouz**

Session Juin 2015

MES REMERCIEMENTS

A PROFESSEUR ISMAIL RAMMOUZ

Pour avoir accepté de diriger ce travail avec autant de patience et pour sa grande aide sans laquelle ce mémoire n'aurait pas vu le jour et à qui j'exprime tout mon respect et ma reconnaissance pour sa bienveillante présence tout au long de ces quatre années de formation.

A PROFESSEUR RACHID AALOUANE

Pour son amabilité sans failles et sa gentillesse, sa présence continue tout au long de ma formation et ses précieux conseils, j'espère qu'il trouvera ici l'expression de mon respect et de ma profonde gratitude

A PROFESSEUR AARAB CHADYA

Pour sa disponibilité, ses remarques pertinentes, sa modestie, sa disponibilité et son amitié qui a rendu mon cursus des plus agréables.

Aux membres du jury qui ont bien voulu me faire l'honneur de juger ce mémoire,

*A mes parents, à toute ma famille et à tous ceux qui ont participé à ma
réussite*

*A mon mari Samir qui a travaillé sur ce projet depuis ses prémices et sans qui
rien n'aurait été possible...*

RESUME

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

Objectifs : Notre travail avait pour objectif d'évaluer la prévalence des troubles des conduites alimentaires (TCA) et des sujets à risque de ces troubles et de rechercher certaines cognitions et comportements des TCA chez des futurs médecins

Méthodes : Il s'agit d'une étude de prévalence réalisée entre Janvier et Avril 2013. Le recrutement a été effectué grâce à un échantillonnage de convenance auprès des étudiants en médecine au niveau de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès et au niveau du CHU de Fès pour les étudiants en stage hospitalier, ce qui englobe les étudiants de la 1^{ère} à la 6^{ème} année de médecine.

Nous n'avons exclus de l'étude que les étudiants qui n'ont pas acceptés de remplir le questionnaire ou qui étaient absents au moment de la passation.

Un questionnaire anonyme a été distribué précisant les données socio-démographiques, économiques et cliniques incluant les antécédents personnels et familiaux médico-chirurgicaux, l'usage de substances et l'utilisation de moyens de contrôle de poids.

Le questionnaire comprenait également trois questionnaires permettant le dépistage des TCA (SCOFF, MINI anorexie et MINI boulimie), le questionnaire HAD-Anxiété, et le questionnaire EDI-2 permettant d'explorer le perfectionnisme, l'insatisfaction par rapport à son corps, le sentiment d'inefficacité et la dimension boulimique.

Résultats : Au terme de cette étude, 720 étudiants ont été recrutés. Notre population était constituée de 2/3 de sujets de sexe féminin, la moyenne d'âge était de 21 ans. Nous avons recherché la présence d'autres pathologies classiquement reliées aux TCA comme le diabète insulino-dépendant (un seuls sujet) ou une dyslipidémie (3 sujets). Les conduites addictives ont également été retrouvées dans des proportions variables concernant le tabac (6,5 %), l'alcool (3,1%) et le cannabis (2,3%).

Un des objectifs de notre étude, était de déterminer la prévalence des TCA. Cette prévalence était de 32,8% pour les sujets à risque de TCA, de 2,1% pour la boulimie et 0,4% pour l'anorexie mentale.

Le risque de TCA était nettement prédominant chez le sexe féminin de façon très significative. Et il y avait une nette tendance au surpoids et à l'obésité chez les sujets à risque.

Concernant les moyens de contrôle de poids, 22,2% de nos étudiants déclaraient les employer avec 6,5% qui étaient sous régime alimentaire et les 15,7% restants sous différentes méthodes. Ainsi, la moitié d'entre eux jeunaient pour perdre du poids, près de 20% utilisaient des coupe-faim. Nous avons également retrouvé l'usage de vomissements provoqués, de laxatifs et de diurétiques. Ceci avec toujours une association significative au risque de TCA.

Pour ce qui est de l'échelle EDI-2, nous avons constaté une nette augmentation des scores de la boulimie, de l'insatisfaction par rapport à son corps, du sentiment d'inefficacité et du perfectionnisme chez les sujets à risque de TCA de façon très significative par rapport au reste des étudiants.

Au terme de notre étude, et en ajustant sur l'ensemble des facteurs utilisés en analyse univariée, seuls les moyens de contrôle de poids autre que les régimes

alimentaires, les antécédents familiaux de TCA et l'insatisfaction corporelle sont reliées au risque de TCA.

Conclusion : Les TCA sont fréquents, aussi bien dans notre étude que dans les rares travaux menés au Maghreb. Confrontés à la littérature, ces résultats soulignent l'importance du dépistage des TCA, d'autant plus qu'il s'agit dans notre travail de futurs médecins.

TABLE DES MATIERES

Introduction	10
Partie théorique	13
I. Définition des troubles des conduites alimentaires	14
II. Diagnostic positif.....	15
Matériel et méthodes	28
Résultats.....	35
I. Etude descriptive	36
II. Etude analytique	40
Discussion	46
Limites et perspectives.....	57
Conclusion.....	59
Références	61
Annexe	79

INTRODUCTION

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont reliés à des facteurs biologiques, développementaux, psychologiques et socio-culturels (1). Ainsi dans les années 1980, seules les femmes blanches issues des milieux aisés des sociétés occidentales étaient considérées comme étant concernées par les TCA(2). Ceci contrastait avec les populations non-occidentales,relativement protégées des TCA du fait de l'impact de la culture sur leur perception du corps et de la santé, comme il est le cas encore au Maroc (3). Toutefois, influencés par des normes sociales et culturelles en mutation, les jeunes adultes et les adolescents semblent attribuer de plus en plus de l'importance à leur apparence physique et s'orienter plus vers des normes occidentales de minceur (3)(4). Parmi différents facteurs, les messages véhiculés par les médias ont été impliqués de par leur impact sur ces troubles car s'ils incitent à la consommation d'un côté, ils présentent en double-contrainte l'idéal de minceur des stars (5)(6). Ces messages contradictoires viseraient plus les femmes que les hommes, même si la différence tend à s'atténuer avec le temps (7).

D'un autre côté, les troubles infra-cliniques sont de prévalence élevée oscillant entre 5 et 24% selon les critères retenus (8) (9), et de nombreuses études révèlent la présence d'attitudes et de comportements inadaptés face à l'alimentation et à l'image corporelle chez un bon nombre de jeunes femmes occidentales (8) (10) (11) (12). Et si les troubles subcliniques peuvent paraître moins graves qu'un trouble du comportement alimentaire avéré, ils peuvent avoir un retentissement sur la santé, le bien-être et l'adaptation psychosociale (13).

Les étudiants en médecine, considérés comme des sujets à risque de trouble de conduite alimentaire (TCA) (14), ne sont pas épargnés par les changements que la mondialisation opère dans notre société en voie de développement. Par ailleurs Ils sont à risque également à risque du fait qu'ils sont eux-mêmes des adolescents et de jeunes adultes (5). La question se pose donc quand à l'impact des cognitions et

comportements reliés à ce risque de TCA sur ces futurs médecins, destinés à être confrontés au corps humain dans leur pratique quotidienne. L'intérêt de notre étude réside dans le fait que peu de travaux ont été réalisés au niveau national sur le sujet, et elle vient pallier à ce manque (15)(16), et que classiquement les travaux sur troubles des conduites alimentaires s'intéressent à des sujets de sexe féminin en omettant les sujets de sexe masculin (17).

Nous nous sommes donc fixés comme objectif d'évaluer, chez des étudiants en médecine, la prévalence des TCA et des sujets à risque, ainsi que la présence de cognitions et de comportements se rapportant aux TCA et de rechercher les facteurs associés.

PARTIE THEORIQUE

I. Définition des troubles des conduites alimentaires :

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) se définissent par l'association durable de perturbations du comportement alimentaire, de troubles de la perception de l'image corporelle et d'obsessions quant au poids et à l'alimentation ayant des conséquences néfastes pour la santé (18), ils se caractérisent par des perturbations graves du comportement alimentaire (19).

Les termes de troubles du comportement alimentaire évoquent d'abord deux formes en apparence contraires : l'anorexie mentale ou anorexia nervosa avec la restriction et la boulimie ou bulimia nervosa avec ses excès.

Toutefois, la réalité est plus complexe. D'un côté, ces deux groupes de troubles sont intriqués (5) et d'un autre côté, ces deux tableaux cliniques, bien qu'étant les mieux définis dans les classifications actuelles, ne sont pas les seules formes. Les deux classifications des maladies mentales existantes actuellement sont la CIM-10 ou dixième révision de la Classification internationale des maladies publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1993 (20) et le DSM-IV ou quatrième révision du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders publiée par l'Association américaine de psychiatrie en 1994 (19).

Dans le DSM-IV on retrouve l'AN et la BN ainsi que la notion de troubles des conduites alimentaires non spécifiés (EDNOS : eating disorders non otherwise specified) qui est une catégorie rassemblant tout TCA ne remplissant pas les critères d'une anorexie mentale ou d'une boulimie (19), ainsi qu'un quatrième type de TCA, actuellement inclus parmi les TCA non spécifiés et faisant l'objet de recherches : les Binge eating disorder, ou hyperphagie boulimique (19) et qui constituerait une entité à part selon certains auteurs (18).

II. Diagnostic positif

1) Description clinique :

a) Anorexie mentale

Il est généralement fait mention pour l'anorexie mentale de la triade anorexie-amaigrissement- aménorrhée (5).

L'anorexie, loin d'une disparition passive de l'appétit, est en fait une conduite active de restriction alimentaire et de lutte contre la faim, en accord avec la peur de grossir et le désir de maigrir qui sont, eux, les signes les plus spécifiques, persistant malgré une perte de poids déjà significative et reflétant un trouble particulier de l'image du corps (21)

Il s'agit le plus souvent de jeunes filles ou jeunes femmes qui entreprennent un régime restrictif pour perdre un excès de poids objectif ou non. Rarement reconnue d'emblée, la restriction est constante à un degré variable, comme en témoignent ces conduites de surveillance de l'anorexique à l'égard de la nourriture, ainsi que ses nombreux rites alimentaires, la préoccupation concernant le fonctionnement intestinal, les multiples mesures de vérification : pesées postprandiales, recherches sur la valeur calorique des aliments, mensurations des « rondeurs » éventuelles, la prise abusive et considérable de laxatifs, ainsi que les vomissements provoqués postprandiaux qui, avec l'hyperactivité, représentent autant de moyens de contrôle du poids (5)(21)(22).

Le contrôle du comportement alimentaire est très progressivement perdu et la peur de regrossir ou l'impression d'être encore grosse malgré un état de dénutrition avancé incite à réduire toujours plus les repas. L'amaigrissement est ainsi provoqué, secondaire à la restriction alimentaire, répondant aux aspirations de l'anorexique, qui non seulement ne s'en inquiète pas mais ne le trouve jamais suffisant : il dépasse rapidement 10 % du poids normal et peut atteindre 30 à 40% du poids initial. La

méconnaissance voire le déni de leur maigreur, de la part de ces malades, reflètent l'importance du trouble de la perception de l'image de leur corps (5) (21)(22).

Un mieux-être marque fréquemment une première phase de l'amaigrissement: moins la jeune femme s'alimente, plus elle se sent d'énergie, de confiance en soi et d'envie d'entreprendre. Son état confine parfois à l'euphorie. Une hyperactivité physique et intellectuelle renforce cette évolution qui occulte dans un premier temps le développement d'idées fixes relatives au poids, aux aliments et aux calories (5).

L'anorexique tend à se replier sur elle-même et à investir des activités intellectuelles solitaires, à moins que la volonté de brûler des calories ne la pousse à une pratique excessive du sport. Il faut en général attendre une baisse (tardive) des performances physiques et/ou intellectuelles pour qu'elle en vienne à demander une aide et à admettre l'existence d'un désordre. Et encore, une ambivalence qui lui fait reconnaître et nier tour à tour son affaiblissement marque souvent le début du suivi (21).

L'aménorrhée, symptôme cardinal, suit généralement de quelques mois la restriction alimentaire : aménorrhée secondaire le plus souvent, mais qui peut être primaire chez les jeunes filles chez lesquelles les troubles commencent avant que la puberté n'ait fait son apparition. Elle précède l'amaigrissement dans un tiers des cas. Sont aussi constatés une absence notable de désir sexuel et un rétrécissement progressif des contacts sociaux (22).

b) Boulimie :

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

L'accès boulimique se déroule suivant un scénario assez stéréotypé. Son déclenchement brutal, son caractère impérieux, son déroulement d'un seul tenant jusqu'au malaise physique ou au vomissement lui confèrent un caractère de crise. Il consiste en l'ingurgitation rapide, voire frénétique, d'une grande quantité de nourriture faite dans un état d'émotion particulier qui mêle plaisir et excitation à de la honte et de la culpabilité, ces dernières s'intensifiant au fur et à mesure de la crise, le tout avec un sentiment de perte totale de contrôle. Il s'accomplit en général en cachette d'une façon totalement indépendante des repas (21)(22).

La crise est limitée dans le temps, d'une quinzaine de minutes à plusieurs heures. La fréquence est variable, de quelques accès par semaine à plusieurs par jour dans les formes extrêmes.

L'envie peut apparaître soudainement et déclencher une crise immédiate ou bien s'intensifier au long de la journée et donner lieu à une préparation méthodique. Le sujet peut lutter contre l'envie, aggravant la sensation de tension intérieure déjà présente quand l'idée de manger est apparue. La crise dissipe cet état de tension et produit un soulagement transitoire. La personne peut aussi céder sans résistance, sans débat de conscience. Ce genre d'automatisme s'observe plutôt dans les formes débutantes, avant la prise de conscience de la gravité du trouble, ou bien dans les formes anciennes, quand des années d'évolution ont engendré une résignation.

Le malaise physique – tension gastrique, nausée, lassitude une fois l'excitation retombée – et la peur des conséquences, c'est-à-dire d'une prise de poids, marquent la fin de la crise. Parfois une contrainte de

temps, la peur d'être surprise par quelqu'un ou, plus simplement l'épuisement des réserves alimentaires, mettent un terme à l'accès.

Le plus souvent, la personne essaye de neutraliser l'apport calorique massif dû à la crise. Plusieurs stratagèmes sont possibles, à commencer par les vomissements provoqués. L'usage de différents médicaments laxatifs, diurétiques, anorexigènes, peut donner lieu à des abus considérables et à des complications somatiques graves. La décision d'un jeûne ou d'une restriction alimentaire drastique pour les jours qui suivent figure aussi parmi les mesures prises, jusqu'à ce que la crise suivante vienne contrarier ce projet. L'exercice physique, enfin, peut être pratiqué de manière intensive, après la crise ou régulièrement au long de la semaine (5) (21).

c) « Binge eating disorder » ou hyperphagie boulimique

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

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

Toutefois, ce trouble est pour le moment classé parmi les TCA non spécifiés.

2) Critères diagnostiques selon le DSM IV: (19)

a) Anorexie mentale

1. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimal normal pour l'âge et pour la taille (par exemple : perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu)

2. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale

3. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle

4. Chez les femmes postpubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes)

→ *Spécifier le type :*

Type restrictif (restricting type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté des crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements)

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (binge-eating/purging type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs.

b) Boulimie :

1. Survenue récurrente de crises de boulimie (binge-eating). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

– absorption, en une période de temps limitée (par exemple moins de 2h), d'une quantité de nourriture supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances

– sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)

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

3. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant 3 mois

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

5. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant les épisodes d'anorexie mentale (Anorexia nervosa)

→ *Spécifier le type* :

Type avec vomissements ou prise de purgatifs (purging type) : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements

Type sans vomissements ni prise de purgatifs (non purging type) : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique intensif, mais

n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

c) Troubles des conduites alimentaires non spécifiés:

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

- Chez une femme, tous les critères de l'Anorexie mentale sont présents, si ce n'est qu'elle a des règles régulières.
- Tous les critères de l'Anorexie mentale sont remplis excepté que, malgré une perte de poids significative, le poids actuel du sujet reste dans les limites de la normale.
- Tous les critères de la boulimie sont présents, si ce n'est que les crises de boulimie ou les moyens compensatoires inappropriés surviennent à une fréquence inférieure à deux fois par semaine, ou pendant une période de moins de 3 mois.
- L'utilisation régulière de méthodes compensatoires inappropriées fait suite à l'absorption de petites quantités de nourriture chez un individu de poids normal (p. ex., vomissement provoqué après absorption de deux petits gâteaux).
- Le sujet mâche et recrache, sans les avaler, de grandes quantités de nourriture.
- Hyperphagie boulimique («Binge-eating disorder») : Il existe des épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence d'un recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la Boulimie

3) Evaluation sémiologique des TCA

L'évaluation sémiologique d'un patient possiblement atteint de TCA doit être globale, car les signes d'appels peuvent être multiples (23)(24) :

- Prise, perte, ou variation rapide de poids ;
- Troubles psychologiques ou modifications du comportement à table, en famille, au travail ;
- Plaintes somatiques multiples, en particulier digestives et endocriniennes, ou malaises, asthénie.

a) L'anamnèse

L'anamnèse détaillée recherchera (24):

- Les antécédents familiaux de TCA ou d'obésité, de troubles psychiatriques ;
- Les évolutions pondérales et du comportement alimentaire depuis l'enfance, l'adolescence, avec le ressenti par le patient de ces variations de poids ;
- La perception par le patient de sa corpulence actuelle, à la recherche d'une perception déformée, obsessionnelle et angoissante de l'image corporelle ;
- Une maladie évolutive connue (cancer, endocrinopathie), susceptible de retentir sur le poids et l'appétit ;
- Des signes fonctionnels fréquemment associés: vomissements, provoqués ou d'allure plus spontanée, troubles digestifs (dyspepsie, syndrome de l'intestin irritable, constipation), troubles endocriniens (aménorrhée ou cycle irrégulier, troubles de la libido, infertilité), douleurs ostéoarticulaires (amyotrophie de l'anorexie, ou surcharge liée à l'obésité), malaises (hypotension, anémie, troubles électrolytiques), hyperactivité physique, insomnie ;
- Des co-morbidités psychiatriques: troubles anxieux, dépressifs, symptômes d'allure psychotique ;

- Des co-addictions: tabac, cannabis, alcool, autres substances psychoactives illicites, cyber-addiction, achats compulsifs, kleptomanie, addictions sexuelles, addiction au jeu, etc.

b) L'examen physique

L'examen physique sera, bien entendu, orienté en fonction des éléments d'anamnèse et de la corpulence (24):

- Le poids actuel doit être systématiquement vérifié en consultation, en raison des erreurs fréquentes de déclaration, volontaires ou non.
- Un calcul doit être effectué de l'indice de masse corporelle (IMC) et de la variation récente de poids (en pourcentage du poids corporel) et sa cinétique en fonction du temps (une dénutrition modérée, mais rapide, est moins bien tolérée qu'une dénutrition sévère, mais ancienne) ;
- Il faut rechercher les complications de la dénutrition ou/et des moyens purgatifs
- Et devant un surpoids ou une obésité résultant de troubles compulsifs sans manœuvres compensatoires, l'examen précisera : la localisation de l'obésité et son retentissement par un examen complet.

c) Le bilan paraclinique

Le bilan paraclinique de première ligne devra comporter (24) :

- Un électrocardiogramme en urgence en cas de vomissements fréquents ou de signes cardiovasculaires d'alerte ;
- Un hémogramme, glycémie, ionogramme complet (avec phosphore, magnésium), urée, créatinine, protéine C réactive (CRP) ;
- Un bilan hépatique, un dosage de la thyroid-stimulating hormone (TSH).
- Il sera ensuite complété en fonction de l'orientation clinique :

- En cas d'anorexie ou boulimie : recherche de carences en fer, en micronutriments.
- En cas d'hyperphagie : recherche de complications métaboliques (diabète, dyslipidémie), d'apnées du sommeil, de complications arthrosiques, de stéatose hépatique. Ces complications classiques de l'obésité sont relativement tardives, et une hyperphagie, même massive, chez un adulte jeune, reste souvent longtemps isolée. Elles doivent néanmoins être recherchées.

4) Évaluations diététique et psychologique

Il est indispensable de compléter l'évaluation somatique globale décrite ci-dessus par (24) :

- Une évaluation diététique sur la base d'un journal alimentaire prospectif, qui reste, malgré les risques évidents de sous- ou sur-déclaration, un outil d'auto-évaluation très utile pour établir d'un dialogue permettant de repérer les erreurs diététiques, mais également les peurs, les exclusions, les tendances compulsives, et pour entamer une rééducation nutritionnelle.
- Une évaluation psychologique en fonction des premiers éléments d'orientation et de leur sévérité.

5) Complications des TCA :

Les complications sont avant tout le fait de la dénutrition et des vomissements (5)(24).

a) *Complications somatiques et psychologiques de la dénutrition.*

◆ **Cardiovasculaires**

- Hypotension,
- Bradycardie ou tachycardie qui peut annoncer une décompensation imminente
- Altérations de l'ECG (allongement de l'intervalle QT)
- Atrophie ventriculaire, prolapsus mitral
- Erythrocyanose et froideur des extrémités

◆ **Digestives**

- Ralentissement de la vidange gastrique, du transit œsophagien
- Constipation
- Hépatite (élévation des transaminases)
- Hypercholestérolémie
- Météorisme, encombrement stercoral colique aisément palpable

◆ **Hématologiques**

- Leucopénie, thrombopénie (hypoplasie médullaire)
- Anémie par carence martiale et/ou vitaminique
- Très rares complications infectieuses

◆ **Électrolytiques**

- Hypophosphorémie
- Hypocalcémie

◆ **Endocriniennes et métaboliques**

- Hypothermie
- Œdèmes de renutrition
- Hypoglycémie (rares comas)

- Aménorrhée secondaire à une malnutrition, déficits en oestrogènes, troubles de la fertilité et complications obstétricales (avortements, hypotrophie fœtale, accouchement prématuré, plus forte morbidité néonatale...)
- Elévation du taux basal de GH, de cortisolémie et altération du test de freinage à la dexaméthasone
- Syndrome de T3 basse
- Ostéopénie, ostéoporose
- ◆ **Cutanées**
 - Lanugo, coloration orangée des plis et autres troubles phanériens
 - Teint pâle, cireux
- ◆ **Système nerveux central et musculaire**
 - Dilatation ventriculaire et atrophies corticales
 - Diminutions des performances aux épreuves d'attention, perception visuospatiale et mémoire
 - Altérations non spécifiques à l'EEG
 - Très rares crises épileptiques
 - Faiblesse musculaire avec amyotrophie et fonte du pli cutané tricipital
 - Altération de la fonction respiratoire par déficience du diaphragme
- ◆ **Psychologiques**
 - Labilité émotionnelle, irritabilité, troubles anxieux ou humeur dépressive
 - Conduites de stockage
 - Idées fixes alimentaires
 - Lenteur d'idéation

◆ **Autres :**

- Paresthésies distales
- Altérations dentaires
- Déshydratation

b) Complications de troubles du comportement alimentaire avec vomissements et abus de laxatifs et/ou diurétiques

- Parotidomégalie et érosion de l'émail dentaire avec hyperamylasémie
- Œsophagite, rarement ulcérations, exceptionnelles perforations de l'œsophage ou de l'estomac
- Hypokaliémie
- Hyponatrémie
- Alcalose métabolique
- Déshydratation
- Arythmie secondaire à une hypokaliémie
- Insuffisance rénale (secondaire à l'abus de diurétiques)
- Paralysie du côlon, mélanose (secondaires à l'abus de laxatifs)
- Callosités du dos de la main

MATERIEL

ET METHODE

I/ Matériel

A) Recrutement des participants

Il s'agit d'une étude de prévalence réalisée entre Janvier et Avril 2013. Le recrutement a été effectué grâce à un échantillonnage de convenance, auprès des étudiants en médecine au niveau de la faculté de médecine et auprès de ceux en stage hospitalier au sein des services de médecine et de chirurgie du CHU Hassan II de Fès.

B) Critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été inclus dans ce travail les étudiants de la 1^{ère} à la 6^{ème} année de médecine.

Nous n'avons exclus de l'étude que les étudiants qui n'ont pas acceptés de remplir le questionnaire, qui étaient absents au moment de la passation ou qui avaient rempli partiellement leur questionnaire (moins de 80% des items).

II/ Méthode

Concernant le recueil des données, nous avons fait passer un auto-questionnaire anonyme, qui comportait des questions à réponses multiples ou dichotomiques, ainsi que certains items à remplir de façon libre. Et nous avons préalablement expliqué, pour chaque étudiant enquêté, le but de l'étude, la définition des TCA, et leur classification selon le DSM IV-TR.

Une étude de faisabilité a été réalisée auprès d'une vingtaine d'étudiants afin de tester la compréhension de ce questionnaire auprès des participants.

A) Données socio-démographiques et économiques :

Ces données incluent l'âge, le sexe, le statut matrimonial et le nombre d'enfants le cas échéant, le revenu mensuel de la famille ou du ménage du sujet, ainsi que le niveau d'étude.

B) Données cliniques :

Ces données incluent les antécédents médico-chirurgicaux et addictologiques personnels et familiaux du sujet. Nous avons également évalué l'indice de masse corporelle (IMC). Le calcul de l'IMC se fait selon la formule suivante :

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

Le poids étant en kilogrammes (Kg) et la taille en mètres (m). Les sujets ont été classés en quatre groupes (maigreur, poids normal, surpoids et obésité) selon les seuils d'interprétation de l'IMC de l'OMS résumés dans le tableau suivant (Tableau 1) (20) :

Tableau 1 : Valeurs seuils de l'IMC et leurs interprétations

IMC	Etat nutritionnel
< 16	Maigreur sévère
16 à 16.9	Maigreur modérée
17 à 18.4	Maigreur légère
18.5 à 24.9	Normal
25 à 29.9	Surpoids
30 à 34.9	Obésité grade I
35 à 39.9	Obésité grade II
> 40	Obésité grade III

C) Moyens de contrôle de poids :

Nous avons cherché les moyens de contrôle de poids utilisés par ces sujets, à savoir : des moyens restrictifs (Régime alimentaire, jeûne et coupe-faim) et des moyens purgatifs (vomissements provoqués, laxatifs et diurétiques).

D) Questionnaire SCOFF :

Le questionnaire SCOFF, dans sa version française validée est recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) et est considéré comme un outil de dépistage des TCA, simple et efficace, particulièrement utilisé dans les populations estudiantines (25)(26)(27). Ainsi, l'étude de validation de la version française de ce questionnaire retrouvait une sensibilité à 94,6%, une spécificité à 94,8%, une valeur prédictive positive de 65% et négative de 99% (28). Il s'agit d'un questionnaire en 5 items dont les questions portent sur les vomissements intentionnels (Vous faites vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?) ; la perte de contrôle sur son alimentation (Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?) ; la perte de poids (Avez-vous perdu récemment plus de 6kg en 3 mois ?) ; l'insatisfaction corporelle (Pensez-vous que vous être gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?) et les pensées intrusives sur la nourriture (Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?). Les réponses se font sur un mode dichotomique (oui/non) et deux réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA.

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

E) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI):

Le MINI est un entretien diagnostique structuré explorant de façon standardisée, les principaux troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV. Les modules anorexie et boulimie explorent de façon standardisée, l'anorexie mentale et la boulimie selon les critères du DSM-IV.

F) Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2):

Le questionnaire EDI-2 a été développé par Garner et al. dans l'optique que les troubles des conduites alimentaires (TCA) soient multidimensionnels. Ainsi, il s'agit d'une évaluation clinique dans l'évaluation du profil cognitif et comportemental des sujets concernant les conduites alimentaires ou les conduites associées. La validité de cet inventaire est excellente puisque toutes les échelles différencient les sujets avec des TCA des sujets contrôles (29) (30). Il s'agit d'un questionnaire en 91 items, comprenant onze dimensions : recherche de la minceur, boulimie, insatisfaction par rapport à son corps, inefficacité, perfectionnisme, méfiance interpersonnelle, conscience intéroceptive, peur de la maturité, ascétisme, contrôle des pulsions et insécurité sociale. Nous en avons exploré quatre dans ce travail :

- La sous-échelle « Boulimie » permet d'explorer les cognitions et comportements relatifs à l'alimentation incontrôlée.
- La sous-échelle « Sentiment d'Inefficacité » met en évidence une faible estime de soi, et mesure les sentiments d'efficacité personnelle, de solitude, d'inadéquation et de manque de contrôle sur sa propre vie.

- La sous-échelle « Perfectionnisme » permet de relever les traits de perfectionnisme reliés aux troubles de conduite alimentaire.
- La sous-échelle « Insatisfaction Corporelle » mesure l'insatisfaction par rapport à la silhouette générale et à certaines zones spécifiques du corps qui constituent une préoccupation pour les sujets avec des comportements alimentaires perturbés.

Les réponses sont évaluées sur une échelle de 6 points qui est ensuite calculée sur une échelle de 4 points. Ainsi chaque item était évalué, en termes de fréquence du comportement ou de la pensée, de « Toujours » à « Jamais ». Les items directs étaient cotés 3,2,1,0,0,0 et les items indirects étaient cotés 0,0,0,1,2,3 pour Toujours, En général, Souvent, Quelquefois, Rarement et Jamais respectivement. L'EDI-2 permet de situer le sujet sur ces dimensions, et chaque échelle étant indépendante, le score global n'a pas besoin d'être calculé. Les sous-échelles sont cotées séparément et interprétées dans une optique dimensionnelle, ainsi plus les scores sont élevés plus les sujets s'approchent du pathologique et tendent vers les TCA.

III/ Analyse statistique :

Les données ont été saisies et codées sur Excel. Puis l'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel d'analyse statistique SPSS (Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, version 13.0 (SPSS, Inc., Chicago)).

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes et écarts types ou médiane et quartiles, les variables qualitatives en effectifs et en pourcentages. La comparaison entre les variables qualitatives a été mesurée par le test Khi-deux de Pearson ou le test exact de Fisher. La comparaison des variables quantitatives a été réalisée au moyen du test T de Student pour séries indépendantes. Le test non paramétrique de Mann et Whitney a été utilisé pour les comparaisons des variables

quantitatives de distribution non gaussienne. La corrélation de Pearson a été utilisée pour l'étude de l'association entre variables quantitatives. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme significative.

En analyse univariée, un modèle de régression logistique binaire (méthode entrée) a été utilisé pour la prédiction des facteurs associés aux TCA. Seuls les facteurs ayant un $p < 0,250$ ont été introduits dans l'analyse multivariée.

RESULTATS

I/ Etude descriptive:

Sur un total de 730 questionnaires soumis, 710 ont été retenus. Seulement 20 questionnaires n'ont pas été retenus car ils n'avaient pas été correctement remplis.

A) Données socio-démographiques et économiques:

Le sex-ratio (H/F) était de 0,53. La moyenne d'âge était de $21 \pm 2,1$ ans avec des extrêmes allant de 16 à 31 ans. Nous avons retrouvé 95,6% de célibataire, et seulement 1% des sujets ont des enfants. Le niveau socio-économique moyen était retrouvé chez la majorité des étudiants (84,9%) (Tableau II).

Tableau II: Caractéristiques de la population de l'étude

	n (%)
Age (ans) *	21,27 \pm 2,02
Sexe :	
• Masculin	248 (34,9)
• Féminin	462 (65,1)
Année d'étude :	
• 1AM	197 (27,7)
• 2AM	92 (13)
• 3AM	137 (19,3)
• 4AM	180 (25,4)
• 5AM	83 (11,7)
• 6AM	21 (3)
Niveau socioéconomique :	
• Bas	24 (3,4)
• Moyen	603 (84,9)
• Elevé	62 (8,7)
• Non précisé	21 (3)

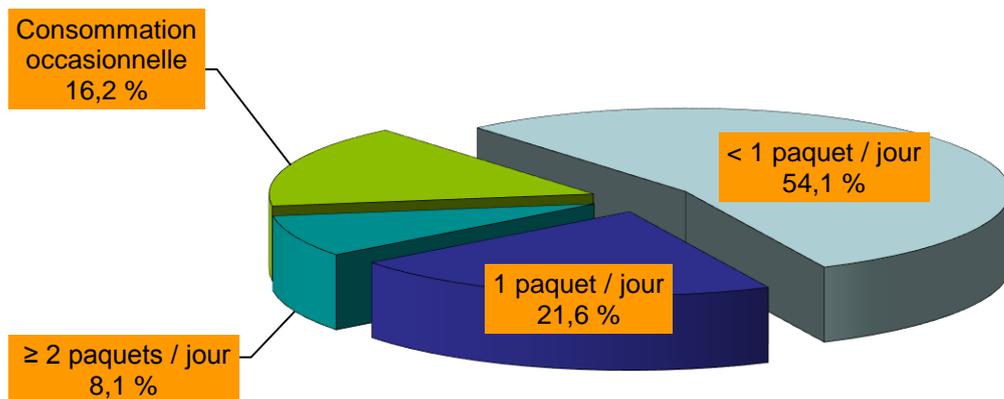


Figure 1 : Répartition en pourcentages des étudiants en médecine selon la fréquence de consommation du tabac

B) Répartition selon les antécédents médico-chirurgicaux et addictologiques

1) Antécédents personnels :

Au sein de notre échantillon, nous retrouvons un cas de diabète insulino-dépendant et 3 cas de dyslipidémie.

En ce qui concerne la consommation de substances psycho-actives, nous retrouvons 6,5% de tabagiques dans notre population, avec une durée médiane d'usage du tabac de 3 ans [2 - 5]. La consommation variait de ½ paquet par jour chez 54,1% des sujets à plus de 2 paquets par jour chez 8,1% d'entre eux.

La consommation d'alcool était retrouvée à hauteur de 3,1%. Parmi eux, 20% était consommateurs à raison de 2 fois/semaine et 60% de façon occasionnelle. La durée d'utilisation variait de 2 à 6 ans.

La consommation de cannabis s'élevait à 2,3%, dont 27,3% de façon quotidienne et 36,4% de façon occasionnelle.

Antécédents familiaux :

Des antécédents familiaux de TCA ont été retrouvés chez 17,7% de notre échantillon. La figure suivante illustre la répartition des différents antécédents familiaux.

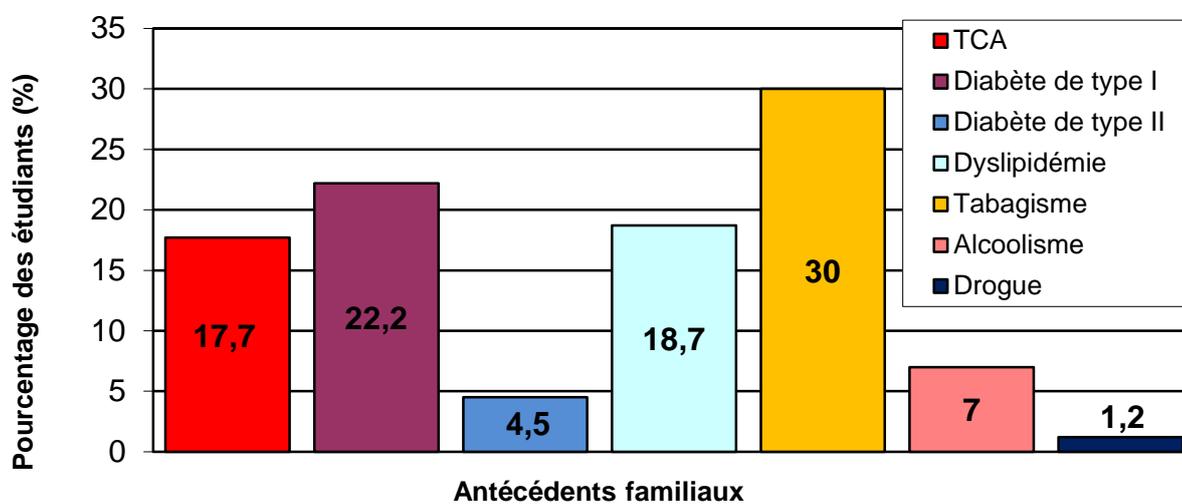


Figure 2: Répartition en pourcentage des étudiants en médecine selon les antécédents familiaux

C) Répartition selon l'IMC

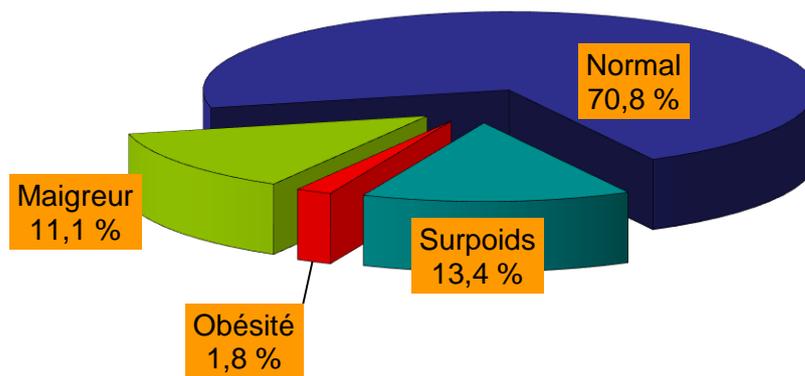


Figure 3 : Répartition en pourcentages des étudiants selon l'IMC

L'IMC moyen était de $22,9 \text{ kg/m}^2 \pm 3,18$, avec 11,1% de cas de maigreur, 13,4% de sujets en surpoids et 1,8% de sujets obèses.

D) Prévalence des TCA et du risque :

Selon les résultats du MINI, la prévalence de la boulimie est de 2,1% (15 cas) et celle de l'anorexie mentale est de 0,4% (3 cas).

La prévalence des sujets ayant un SCOFF positif, déterminant le risque de TCA chez les étudiants, était de 32,8%.

E) Moyens de contrôle de poids chez les étudiants en médecine :

Les moyens de contrôle de poids étaient retrouvés chez 18,5% des étudiants, dont 6,5% déclaraient suivre un régime alimentaire, 7% utilisaient le jeûne, 3% les coupe-faim et 1,7% des vomissements provoqués, en plus des laxatifs et diurétiques qui sont retrouvés en moindre proportions (Tableau II).

II/ Etude analytique:

A) Risque de TCA, moyens de contrôle de poids et facteurs associés :

Le risque de TCA concerne 37,6% des répondants féminins et 23,7% des répondants masculins, avec une différence très significative ($p < 0,001$).

Il y avait une nette tendance au surpoids et à l'obésité chez les sujets à risque de TCA (SCOFF +), avec une différence très significative ($p < 0,001$).

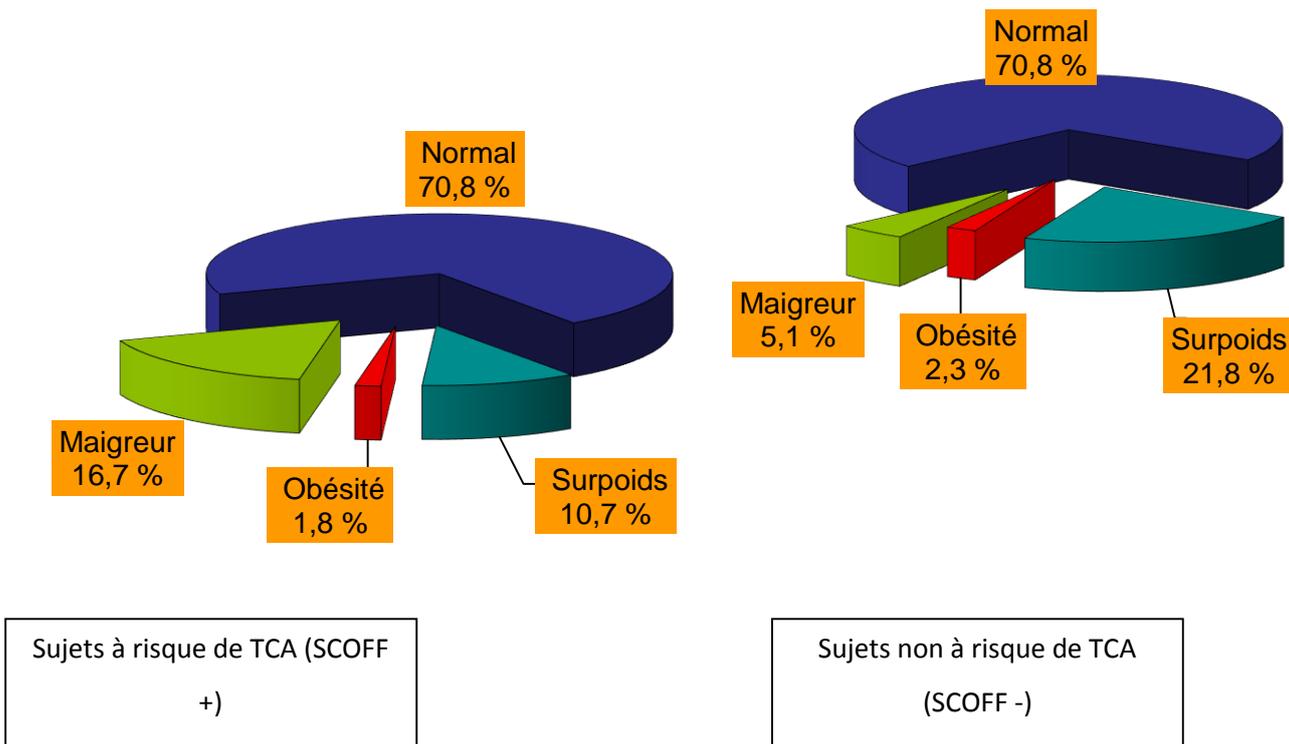


Figure 4 : Répartition en pourcentages des étudiants selon l'IMC et selon le risque de TCA

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre le sexe masculin et le sexe féminin pour ce qui est de l'utilisation des moyens de contrôle de poids. Le niveau-socio-économique n'influçait pas les moyens de contrôle de poids utilisés. L'augmentation de l'IMC était significativement associée à l'utilisation de régimes alimentaires ($p < 0,001$), du jeûne (0,044) et à l'utilisation de coupe-faim (0,037) (Tableau III).

Concernant les sujets à risque de TCA, ils étaient majoritaires de façon très significative dans l'utilisation de ces moyens de contrôle de poids avec 34,2% des sujets à risque pour 11% des sujets non à risque ($p < 0,001$). En analyse univariée, les régimes alimentaires ($p < 0,001$), le jeûne ($p < 0,001$), les vomissements provoqués ($p = 0,006$) et les coupe-faim ($p = 0,001$) ont été associés à ce risque. En analyse mutivariée et en ajustant sur les autres moyens de contrôle de poids à savoir les laxatifs et les diurétiques, seuls les régimes alimentaires ($p = 0,029$; OR=2,18), le jeûne ($p < 0,001$; OR=3,23), les vomissements provoqués ($p = 0,030$; OR=4,56) et les coupe-faim ($p = 0,017$; OR= 3,65) sont associés au risque de TCA (Tableau IV).

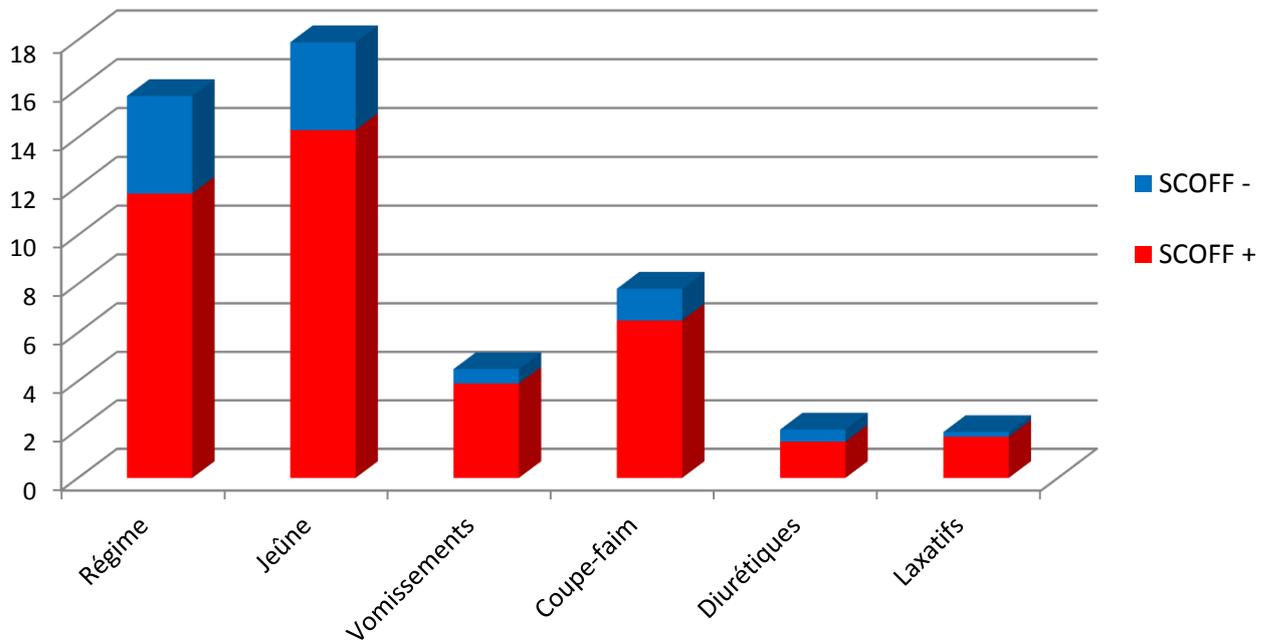


Figure 5 : Répartition de l'utilisation des moyens de contrôle de poids en pourcentages des étudiants selon le risque de TCA

B) EDI-2 chez les étudiants en médecine :

Nous avons constaté une nette élévation des scores de la boulimie ($p < 0,001$), de l'insatisfaction corporelle ($p < 0,001$), du sentiment d'inefficacité ($p < 0,001$) et du perfectionnisme ($p = 0,003$) chez les sujets à risque de TCA en comparaison avec les sujets non à risque (Tableau V). Les étudiantes ne présentaient pas de différence significative en comparaison avec les étudiants en ce qui concerne la boulimie et l'insatisfaction corporelle. Mais le sentiment d'inefficacité ($p = 0,026$) et le perfectionnisme ($p = 0,001$) étaient marqués de façon significative chez les étudiantes. Le niveau socio-économique ne constituait un facteur associé à aucun des items de l'EDI. L'augmentation de l'IMC était associée à la boulimie ($p = 0,001$) et à l'insatisfaction corporelle ($p < 0,001$) de façon significative mais pas au sentiment d'inefficacité ni au perfectionnisme.

Tableau III : Evaluation des moyens de contrôle de poids en fonction du sexe, du niveau socio-économique et de l'indice de masse corporelle

	Sexe			<i>p</i>	Niveau socio-économique			<i>p</i>	Indice de masse corporelle				<i>p</i>
	Masculin	Féminin	Total		Bas	Moyen	Elevé		Maigreur	Normal	Surpoids	Obésité	
	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Régime alimentaire	13 (5,3)	33 (7,2)	46 (6,5)	0,209	1 (4,2)	36 (6)	7 (11,3)	0,21	1 (1,3)	20 (4,3)	12 (12,6)	5 (38,5)	<0,001
Jeûne	14 (5,6)	36 (7,8)	50 (7)	0,181	2 (8,3)	43 (7,1)	4 (6,5)	0,877	2 (2,5)	27 (5,8)	12 (12,6)	0 (0)	0,044
Vomissement	2 (0,8)	10 (2,2)	12 (1,7)	0,15	0 (0)	10 (1,7)	1 (1,6)	0,999	0 (0)	9 (1,9)	3 (3,2)	0 (0)	0,432
Laxatifs	0 (0)	5 (1,1)	5 (0,7)	0,116	0 (0)	4 (0,7)	1 (1,60)	0,488	1 (1,3)	3 (0,6)	1 (1,1)	0 (0)	0,471
Coupe-faim	6 (2,4)	15 (3,2)	21 (3)	0,357	2 (8,3)	17 (2,8)	1 (1,6)	0,236	0 (0)	12 (2,6)	7 (7,4)	0 (0)	0,037
Diurétique	1 (0,5)	4 (1)	5 (0,8)	0,419	0 (0)	4 (0,8)	0 (0)	0,999	0 (0)	2 (0,5)	1 (1,1)	1 (7,7)	0,097

OR : Odds ratio ; IC 95%: Intervalle de confiance à 95% ; SCOFF positif : risque de TCA ; SCOFF négatif : pas de risque de TCA

Tableau IV : Evaluation des moyens de contrôle de poids en fonction du risque de TCA

	SCOFF		Analyse univariée				Analyse multivariée			
			<i>p</i>	OR	IC 95%		<i>p</i>	OR ajusté	IC 95%	
	Négatif n (%)	Positif n (%)			Inférieur r	Supérieur r			Inférieur r	Supérieur r
Régime alimentaire	19 (4)	27 (11,7)	<0,001	3,16	1,719	5,819	0,029	2,18	1,085	4,398
Jeûne	17 (3,6)	33 (14,3)	<0,001	4,48	2,438	8,233	<0,001	3,23	1,696	6,163
Vomissement	3 (0,6)	9 (3,9)	0,006	6,36	1,706	23,740	0,030	4,56	1,154	18,008
Laxatifs	1 (0,2)	4 (1,7)	0,059	8,33	0,926	74,997	0,337	3,17	0,301	33,440
Coupe faim	6 (1,3)	15 (6,5)	0,001	5,42	2,073	14,152	0,017	3,65	1,266	10,555
Diurétique	2 (0,5)	3 (1,5)	0,234	2,98	0,494	17,963	0,914	1,11	0,156	7,979

OR : Odds ratio ; IC 95%: Intervalle de confiance à 95% ; SCOFF positif : risque de TCA ; SCOFF négatif : pas de risque de TCA

Tableau V. Evaluation de l'EDI en fonction du risque de TCA, du sexe, du niveau socio-économique et de l'indice de masse corporelle

	SCOFF			Sexe			Niveau socio-économique				Indice de masse corporelle				
	Positif M [IQ]	Négatif M [IQ]	<i>p</i>	Masculin M [IQ]	Féminin M [IQ]	<i>p</i>	Bas M [IQ]	Moyen M [IQ]	Elevé M [IQ]	<i>p</i>	Maigre M [IQ]	Normal M [IQ]	Surpoids M [IQ]	Obésité M [IQ]	<i>p</i>
Boulimie	0 [0 - 2]	1 [0 - 4]	<0,001	0 [0 - 2]	0 [0 - 2]	0,387	1 [0 - 2]	0 [0 - 2]	0,5 [0 - 2]	0,865	0 [0 - 2]	0 [0 - 2]	1 [0 - 4,25]	4 [0,75 - 6]	0,001
Insatisfaction	2 [0 - 6]	7,5 [2,25 - 13]	<0,001	4 [1 - 8,5]	4 [0 - 10]	0,831	3 [0,25 - 9,75]	4 [0 - 9]	5 [0 - 11,75]	0,418	1 [0 - 5]	3 [0 - 7]	9 [4 - 14]	20 [14 - 24]	<0,001
Inefficacité	1 [0 - 3]	2 [0 - 5]	<0,001	1 [0 - 3]	2 [0 - 5]	0,026	1 [0 - 3,75]	1 [0 - 4]	1 [0 - 3]	0,943	2 [0 - 5]	1 [0 - 4]	2 [0 - 4]	3 [1 - 6]	0,302
Perfectionnisme	9 [5,5 - 12]	10 [7 - 13]	0,003	8 [5 - 11]	10 [6 - 13]	0,001	7 [3,75 - 12,25]	9 [6 - 12]	8,5 [6 - 12]	0,294	9 [7 - 13]	9 [6 - 12]	9 [6 - 12]	9 [6 - 11]	0,55

OR : Odds ratio ; IC 95%: Intervalle de confiance à 95% ; SCOFF positif : risque de TCA ; SCOFF négatif : pas de risque de TCA

DISCUSSION

L'objectif de ce travail était d'évaluer la prévalence des TCA et des sujets à risque, ainsi que de rechercher la présence de cognitions et de comportements se rapportant aux TCA et les facteurs associés auprès d'une population d'étudiants en médecine. Ces jeunes adultes sont confrontés au corps humain au cours de leurs études et pour le reste de leur carrière. Ainsi, divers groupes non-cliniques ont attiré l'attention par le nombre important de formes subsyndromiques des TCA et sont considérés comme des sujets à risque : les étudiants de façon générale et particulièrement en médecine mais aussi en diététique, les athlètes, les danseuses et les mannequins (31)(14)(32).

Concernant les méthodes d'évaluation, elles diffèrent d'une étude à l'autre ce qui rend les résultats très variables et difficiles à comparer. Les critères diagnostiques restent aujourd'hui problématiques si l'on veut identifier des troubles précoces, des cas masculins ou des formes subsyndromiques.

Une synthèse de différentes études publiées suggère que les prévalences de l'anorexie mentale et de la boulimie seraient d'environ 0,3 % et 1 % respectivement, en population générale dans les pays occidentaux (5). Les formes partielles auraient des taux de prévalence de cinq à dix fois supérieurs (33)(34), et l'anorexie mentale et la boulimie ne représenteraient qu'à peine 10 et 20 %, respectivement, de l'ensemble des TCA (35).

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

Au CHU de Rabat, une étude menée sur 80 adolescents avec un âge moyen de 16 ans et utilisant le questionnaire SCOFF, retrouvait une prévalence des TCA de 37,5%, avec 54% des filles qui sont à risque pour 23,3% des garçons (36).

Une autre étude effectuée en Tunisie, utilisant également le questionnaire SCOFF, et ayant pour but le dépistage des TCA chez 100 étudiants retrouvait une prévalence de 21% (12% des garçons et 30% des filles) (37).

D'autres questionnaires, sont utilisés pour le dépistage des TCA.

Ainsi, une étude faite au CHU de Rabat sur un échantillon de 187 adolescentes de 14 à 18 ans, retrouvait que 16,85% des filles questionnées étaient à risque de TCA (38).

Une autre étude, menée au sein du CHU de Casablanca chez 2044 étudiants âgés de 15 à 22 ans (avec une moyenne d'âge de 18,3 ans) et utilisant le questionnaire BITE, retrouve une prévalence de la boulimie de 0,8% avec un seul cas d'hommes (39).

Une autre étude de Casablanca, utilisant cette fois le EAT-40, qui permet le dépistage des TCA sans différenciation du type, chez 260 étudiants de médecine et de pharmacie (d'âge moyen de 21 ans), retrouvait une prévalence des TCA de 6%, sans corrélation avec le sexe, mais avec une corrélation avec l'âge (40).

Un travail utilisant le questionnaire BITE, a été effectué au CHU de Marrakech chez 480 étudiantes universitaires dans quatre facultés : la faculté de médecine et de pharmacie, celles des sciences, des lettres, de droit et l'école nationale des sciences appliquées. Cette étude retrouvait une prévalence de la boulimie de 4 % et du comportement alimentaire inhabituel (CAI) de 32,2 %. L'âge moyen des étudiantes questionnées était de 21,41 ans avec des extrêmes allant de 17 à 30 ans, ce qui concorde bien avec notre population en ce qui concerne l'âge mais l'étude ne concernait que le sexe féminin. Toutefois, ce travail retrouve un taux de CAI était plus fréquent chez les étudiantes de la faculté de médecine (43,48 %), ce qui est un point important à souligner (16).

Par ailleurs, une étude tunisienne effectuée chez 147 étudiantes des Écoles supérieures de santé de Sfax, ayant un âge moyen de 21 ans, et moyennant le

questionnaire EAT-40, retrouvait une prévalence de 14,9% de TCA (4). De même, et toujours en Tunisie, Bouhlel et al. dans une enquête faite sur une population d'étudiantes en médecine de la ville de Sousse et moyennant le EAT-40, a trouvé une prévalence des TCA de 15 % (41). Malheureusement ces deux études excluent le sexe masculin, ce qui ne permet pas d'avoir une vision globale de l'étendue de ces troubles.

Par contre, un travail mené sur 107 étudiants tunisiens âgés en moyenne de 22,7 ans et dépistant les TCA grâce au questionnaire EAT-40, retrouvait une prévalence de 23,4% et a corrélé le risque de TCA au sexe féminin (42).

En Egypte, une étude menée sur 420 adolescentes d'âge moyen de 15,7 ans et moyennant le EAT-40, retrouvait une prévalence de 11,4 % de TCA, et précisait en utilisant le eating interview, que 3,4% de cette population présentait des formes partielles (43).

Par ailleurs, il existe plusieurs études de part le monde utilisant le questionnaire SCOFF comme moyen de dépistage des TCA, hormis celles citées plus haut.

Ainsi, au Liban, une étude dépistant les TCA grâce au questionnaire SCOFF chez une population de 303 jeunes adultes, retrouvait une prévalence à 31,4% (44).

En France, on retrouve une enquête réalisée en 2013 sur 3344 collégiens qui retrouvait une prévalence des TCA de 34,9% (45). Une autre effectuée cette fois sur 1945 étudiants universitaires, concluait à une prévalence de 28,4% chez les femmes et de 11,2% chez les hommes, et retrouvait le sexe féminin comme facteur associé au risque de TCA (46). Toujours en France, 1744 étudiants de l'agglomération rouennaise ont été soumis au questionnaire SCOFF, et ce dernier est revenu positif chez 14% des hommes et 28% des femmes (26).

Une enquête espagnole, utilisant toujours le même questionnaire, et menée sur 318 élèves de 12 à 18 ans, retrouvait une prévalence des TCA de 22,8 %, avec une prédominance féminine (47). Dans le cadre de l'étude AFINOS, menée en Espagne afin

de déterminer l'état de santé de leurs adolescents, 24,7% des filles et 17,3% des garçons avaient un SCOFF positif (48).

En Grèce, une étude menée sur 535 étudiants âgés entre 16 et 28 ans, retrouvait 42,2% de TCA selon le questionnaire SCOFF, avec une prédominance féminine très significative (62% de femmes pour 38% d'hommes) (49).

En Angleterre, un travail effectué sur un échantillon de 1865 jeunes adultes étudiants, retrouvait 39,7% de TCA. Avec une association significative au sexe féminin (50).

Une autre étude, menée cette fois sur 3594 étudiants universitaire mexicains, concluait à un risque de TCA de 24,2% chez les femmes pour 11,2% chez les hommes (51).

Concernant les étudiants en médecine, peu d'études ont été effectuées chez cette population. Ainsi, outre les deux études menées au Maroc, à Casablanca et Marrakech, et celle menée en Tunisie, et citées plus haut, on retrouve peu de travaux s'intéressant à cette catégorie d'étudiants.

Ainsi, au sein d'une université polonaise, une étude dont le but était d'évaluer la prévalence TCA et du degré de préoccupation corporelle chez 538 étudiants en médecine de cette même université, retrouvait que 8,9% des étudiants étaient à risque de TCA selon le questionnaire EAT-26 (52).

Au Pakistan, 435 étudiants en médecine ont été soumis au questionnaire SCOFF qui a permis de retrouver un taux de 17% de sujets à risque de TCA, avec une prédominance féminine très nette (53).

Notre travail, qui retrouve une prévalence des TCA de 32,8%, et donc du tiers des étudiants questionnés rejoint globalement ces études en soulignant la fréquence élevée des TCA tous types confondus.

Concernant les études moyennant le questionnaire SCOFF, la prévalence chez les étudiants de la tranche d'âge de notre échantillon se situe entre 21 et 42,2% de part le monde. Ceci souligne que malgré le fait que notre population soit constituée exclusivement d'étudiants en médecine, la proportion de TCA retrouvée est tout aussi importante que chez les autres populations estudiantines d'âge comparable.

Ces résultats confortent l'idée de l'importance des formes partielles subsyndromiques qui sont peu recherchées en pratique clinique et corroborent la tendance actuelle à une répartition uniforme des TCA dans le monde (54)(55)(56).

Par ailleurs, si la plupart des travaux s'intéressent uniquement aux étudiants de sexe féminin, fournissant peu d'informations sur ceux de sexe masculin (17), notre étude s'intéresse aux deux sexes, et retrouve un risque de TCA chez 23,7% des sujets masculins avec la prédominance féminine classique, sans retrouver de différence significative concernant l'utilisation de stratégie de contrôle de poids. Ces résultats rejoignent ceux de la littérature où environ 20% des adolescentes et des jeunes femmes ont des troubles alimentaires sub-cliniques caractérisés par des comportements boulimiques tels que crises de boulimie, vomissements provoqués ou régimes alimentaires douteux (57) (58). En France, dans une enquête sur 795 jeunes, 18% des filles avaient des conduites de jeûne, 4% des garçons et 11% des filles avaient des vomissements et des abus de laxatifs ou de diurétiques (59). Une étude américaine a montré que 13% des étudiantes de première année universitaire recourent « par moments » à des vomissements provoqués et à la consommation de laxatifs ou de « coupe-faims » afin de contrôler leur poids (60). Une autre étude a trouvé sur un échantillon de 1367 étudiantes de première année que 3% utilisent des laxatifs ou des diurétiques et 5% se font vomir (61). Concernant les étudiants masculins, des études soulignent qu'entre 5% et 15% d'entre eux se font vomir et 6% utilisent des laxatifs (62)(63).

Ces résultats ne sont que le reflet de notre société actuelle qui, à l'instar des pays occidentaux, représente la femme mince, voire même maigre, comme un modèle à suivre par les femmes. Ainsi, on sait que 94% des actrices favorites de jeunes filles sont en dessous de leur poids normal (64) et que voir seulement 5 minutes d'images de femmes belles et minces donne une mauvaise image de son propre corps, et ce chez de jeunes femmes de 18 à 29 ans (6). Les hommes quant à eux sont exposés à des images d'hommes musclés, qui sont ainsi désignés comme un idéal à suivre (65), créant ainsi un véritable paradoxe opposant les préférences du sexe féminin et les aspirations personnelles du sexe masculin concernant le corps des hommes (66) (67).

Par ailleurs, 18,5 % des étudiants de notre étude déclaraient utiliser des stratégies de contrôle de poids qui peuvent constituer une menace pour leur santé.

Selon certains auteurs, les troubles alimentaires se situeraient sur un continuum, et les troubles infra-cliniques diffèreraient donc des TCA avérés en termes de degré (68) (69). Pour d'autres auteurs, les sujets avec des pathologies avérées et ceux avec des syndromes partiels sont distincts (70) (71). Ces données soulignent l'intérêt d'étudier en population non clinique ces formes subsyndromiques qui sont en augmentation, ainsi que l'importance du dépistage des sujets à risque afin de mieux les prendre en charge (70), d'autant plus que dans notre travail, l'utilisation de moyens de contrôle de poids était relié de façon très significative au risque de TCA et ce particulièrement pour les régimes alimentaires, le jeûne, les vomissements provoqués et les coupe-faim.

Par ailleurs, les sujets en surpoids et obèses sont portés à avoir des cognitions et des comportements de contrôle de leur poids en comparaison avec les sujets normopondérés (72) (73)(74) (75). Ceci conforte les résultats de notre travail où l'augmentation de l'IMC était reliée de façon très significative à l'utilisation de stratégies restrictives de contrôle de poids (régimes alimentaires, jeûne et coupe-

faim). Les sujets utilisant ces moyens, qu'ils soient en surpoids ou normopondérés, ont plus de chance de présenter une augmentation de leur IMC jusqu'au surpoids voire à l'obésité (74)(75)(76).

Concernant l'alimentation incontrôlée, explorée par l'EDI-Boulimie, elle a été reliée au risque de TCA et à l'augmentation de l'IMC chez les deux sexes dans notre étude. Une étude marocaine menée auprès de lycéens retrouvait une prévalence de 0,8% de syndrome boulimique (15) et une autre étude menée auprès d'étudiantes de quatre facultés marocaines retrouvait une prévalence de 4% du syndrome boulimique et de 63,8% de comportements alimentaires inhabituels avec une nette prédominance chez les étudiantes en médecine (16). Une étude tunisienne menée auprès d'étudiants en médecine soulignait que 10% d'entre eux adoptaient des conduites boulimiques (77). En France, sur une population de 441 étudiants en pharmacie, 5,8% de la population féminine répondaient aux critères des comportements boulimiques occasionnels et 1,5% présentaient un authentique syndrome boulimique (78). Et tandis que dans cette étude aucun homme n'a été trouvé répondant à ces critères (78), dans la nôtre il n'y avait pas différence entre les deux sexes. Par ailleurs, la fréquence du syndrome boulimique dans la population étudiante a été mis en valeur par certaines études (78). On parle même de « tableau symptomatique des conduites alimentaires étudiantes » pour désigner des crises de boulimie régulières (avec des exercices physiques intenses et parfois des vomissements), accompagnées de troubles de l'image du corps, d'une faible estime de soi, de périodes de dépression, de stress et de problèmes d'ajustement à l'université (79).

De nombreuses données de la littérature confirment l'étroite relation l'image du corps et les conduites alimentaires. Une image défavorable du corps fait partie du tableau clinique des sujets atteints de formes sub-syndromiques et des critères diagnostiques de l'anorexie mentale (80). Des études soulignent que 25 à 40% des

étudiantes ont des préoccupations vis-à-vis de leur image du corps, une volonté de contrôler leur poids et une absence de contrôle de leur consommation alimentaire (81) (82). Une étude française portant sur 104 étudiantes montre que 34,6% d'entre elles déclarent que l'opinion et l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes sont largement influencées par leur poids et leurs formes corporelles(13). Deux études longitudinales, l'une d'une durée de 3 ans menée sur 118 étudiantes et l'autre de 6 mois menée auprès de 415 étudiantes montrent qu'une image du corps défavorable prédit le développement de TCA (80) (83). De même Stice montre que l'insatisfaction corporelle est le facteur de risque et de maintien des TCA le plus robuste (74). Nos résultats rejoignent ces travaux en retrouvant cette Insatisfaction Corporelle à l'EDI de façon marquée chez les sujets à risque de TCA. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux sexes, quoique dans la littérature les filles ont plus d'insatisfaction corporelle que les garçons et expriment plus de satisfaction lorsqu'elles sont en maigreur en comparaison avec les sujets normopondérés et en surpoids (84)(85)(86)(87). Chez les sujets masculins l'Insatisfaction Corporelle est reliée au surpoids et à l'obésité mais pas à la maigreur (88)(89). Certaines études soulignent que d'un côté les sujets utilisant des stratégies de contrôle de leur poids sont plus insatisfaits de leurs corps en comparaison avec les autres sujets (75)(74)(76)(84), et d'un autre côté que l'insatisfaction corporelle et l'IMC sont tout deux des facteurs prédictifs de désordres alimentaires chez les deux sexes (90)(91).

Il est également admis qu'une des caractéristiques dispositionnelles prégnantes chez les anorexiques et les boulimiques est le perfectionnisme (92)(93). Certains résultats suggèrent que cette association pourrait aider à comprendre l'étiologie des TCA non spécifiés avec des comportements purgatifs ou restrictifs (94), d'autres soulignent que les multiples facettes du perfectionnisme sont reliées de différentes façons aux désordres alimentaires (95)(96)(97).

Plusieurs études soulignent également que le perfectionnisme est une construction multidimensionnelle, explorée par différentes échelles (98) (99) (100). La sous-échelle EDI-Perfectionnisme permet d'explorer aussi bien le perfectionnisme imposé par soi-même que celui imposé par la société (101). Ces deux dimensions sont celles qui sont corrélées aux TCA (102). Ce qui rejoint les résultats de notre travail où l'EDI-perfectionnisme est significativement au risque de TCA chez les étudiants de médecine, avec une association au sexe féminin. Mais il faut préciser que le perfectionnisme n'est pas systématiquement relié à la pathologie, et peut être bénéfique selon certains auteurs, d'où l'intérêt de différencier entre le perfectionnisme adaptatif et maladaptatif (103)(97). Ce dernier a été impliqué chez les étudiants en médecine dans le développement de symptômes anxio-dépressifs (104) et est associé au développement de TCA par l'influence du perfectionnisme sur le sentiment d'inefficacité(105).

Ce dernier est associé de façon très significative au risque de TCA et au sexe féminin dans notre travail. Et certaines études mettent en avant l'importance de ce sentiment d'inefficacité qui est présent de façon importante chez les sujets atteints de TCA en comparaison avec des contrôles, au point même qu'une étude suggère qu'il pourrait constituer un endophénotype cognitif des TCA (106), plus difficile à rendre en charge chez les adultes en comparaison avec les sujets jeunes et pouvant même constituer un obstacle au traitement (107). Il a également été relié à l'augmentation de l'IMC, mais ce n'était pas le cas de notre étude (108). Toutefois, il a été supposé que ce concept est large et comprend différents sous-concepts, ce qui le rend difficilement mesurable (109)(110)(111). Certains auteurs ont souligné l'importance du sentiment d'efficacité personnelle face à la régulation des émotions négatives dans l'adoption de conduites alimentaires saines et mettent en avant qu'il serait préférable de rechercher le sentiment d'efficacité personnelle qui diffère de

l'inefficacité et qui reflète la confiance qu'ont les individus tant dans leur capacité à adopter des comportements alimentaires sains que dans leur capacité à normaliser leur préoccupation avec leur silhouette et leur poids (112)(113).

Par ailleurs, les patients atteints de troubles alimentaires sont classiquement issus de milieux socio-économiques généralement élevés dans lesquels la réussite sociale est une valeur importante, mais dans notre travail le NSE ne change rien au risque (2). Ceci pourrait être expliqué par les différences culturelles entre le Maroc et les pays occidentaux. Des études transculturelles, mettant en évidence la montée d'incidence des troubles du comportement alimentaire dans des pays en voie de développement où les préoccupations pour la minceur seraient moindres, ont fait pointer l'influence des médias à diffusion planétaire dans cette généralisation des troubles. Certains chercheurs jugent toutefois simpliste cette explication et incriminent plutôt la mutation accélérée de l'identité et du rôle de la femme que le phénomène de mondialisation provoquerait dans ces sociétés (43).

LIMITES ET PERSPECTIVES

Notre travail présente certaines limites. Il s'agit ici d'une étude monocentrique, qui a été effectuée au niveau du seul centre universitaire de Fès. Aussi, l'étude a été menée auprès d'étudiants en médecine, sans inclure les autres futurs acteurs de la santé (pharmaciens, infirmiers...). Egalement, l'EDI-2 n'a pas de normes qui sont transculturelle et limite donc les possibilités de classer les sujets d'une façon catégorielle en séparant clairement les sujets ayant des cognitions pathologiques des autres (114)(115)(116). Ainsi au Maroc, les scores seuils utilisés pour les items par les auteurs d'autres cultures ne peuvent pas être considérées comme valables. Nous avons donc opté pour une interprétation dimensionnelle, en considérant que plus le score de l'EDI-2 est élevé plus le sujet est à même d'adopter des attitudes, des comportements et des cognitions des TCA. Pour terminer, il reste à préciser que d'autres facteurs de risque de TCA sont classiquement retrouvés dans la littérature, mais n'ont pas été recherchés ou retrouvés dans notre étude. Nous pouvons ainsi citer à titre d'exemple, le statut matrimonial, le degré d'anxiété, la perception du corps, le perfectionnisme ou encore le sentiment d'inefficacité (50) (117) (118) (119).

Il serait donc intéressant de mener d'autres travaux dans le cadre d'une étude multicentrique. Il le serait également de se consacrer d'avantage à la recherche d'autres facteurs associés au risque de développer des TCA chez de futurs médecins.

D'autres études, menée sur une population plus variée pourraient également être envisagées afin d'avoir une vision plus globale de la situation au Maroc.

Par ailleurs, il serait aussi intéressant de développer, via Internet, des réseaux 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'information sur les questionnements concernant les troubles des conduites alimentaires, sous leurs différentes formes, incluant les sub-syndromiques, avec des recommandations pratiques cadrant avec le milieu marocain et sa culture.

CONCLUSION

Au terme de ce mémoire, nous soulignons que notre travail a mis en évidence l'importance de la prévalence des TCA dans notre population d'étudiants en médecine, ainsi que l'utilisation de moyens de contrôle de poids dangereux pour la santé. De même la présence de comportements et de cognitions des TCA a été souligné au cours de cette étude.

En tant que futurs médecins, ces étudiants ont à répondre aussi bien pour eux-mêmes, pour leur entourage et pour leurs patients dans le cadre de leurs stages hospitaliers, à différentes questions concernant les TCA, mais également concernant les bonnes pratiques à adopter pour maintenir un poids stable tout en restant en bonne santé. Autant de conseils qu'ils devront délivrer mais d'abord appliquer dans leur vie quotidienne. Ceci tout en sachant que ces étudiant devront être à même de reconnaître et de combattre certaines croyances culturelles et certains messages livrés par les médias qui sont en totale contradiction avec les recommandations médicales.

Nous pouvons conclure à l'importance de mener des études visant à déterminer dans la population marocaine, avec ses différentes tranches socio-économiques et culturelles et à différents âges la prévalence des TCA. Ceci dans le but, aussi bien de mieux répertorier les troubles existants dans notre population que de la nécessité de prise de conscience quant à certaines pratiques répandues dans la clandestinité, et ce afin de mieux les combattre et les éradiquer.

REFERENCES

1. **U., Schmidt.** Aetiology of eating disorders in the 21st century: New answers to old questions. 2003, 12 (suppl.1), pp. 130–137.
2. **Pate JE, Pumariega AJ, Hester C, Garner DM.** Cross-cultural patterns in eating disorders: a review. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1992, 31, pp. 802–808.
3. **Batnitzky, A.K.** Cultural constructions of “obesity”: Understanding bodysize, socialclass and gender in Morocco. *Health & Place.* 2011, 17, pp. 345–352.
4. **Masmoudi J., Trabelsi S., Elleuch E., Jaoua A.** Les troubles des conduites alimentaires pendant et en dehors du ramadan. *Journal de thérapie comportementale et cognitive.* 2008, 18, pp. 26—31.
5. **Léonard T, Foulon C, Guelfi JD.** Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. *EMC–Psychiatrie.* 2005, Vol. 2, pp. 96—127.
6. **Yuko Yamamiya, Thomas F. Cash, Susan E. Melnyk, Heidi D. Posavac, Steven S. Posavac.** Women’s exposure to thin-and-beautiful media images: body image effects of media-ideal internalization and impact-reduction interventions . *Body Image.* 2005, 2, pp. 74–80.
7. **Rolland-Cachera MF, Bellisle F, Deheeger M.** Nutritional states and food intake in adolescents living in Western Europe. *Eur J Clin Nutr.* 2000, 541—6.
8. **Connors M.E., Johnson CL.** Epidemiology of Bulimia and Bulimic Behaviors. *Addictive Behaviors.* 1987, 12, pp. 165–179.
9. **Fairburn C.G., Beglin S.J.** Studies of the Epidemiology of Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry.* 1990, 147, pp. 401–408.

10. **G.C., Patton.** Journal of Psychosomatic Research. *The Spectrum of Eating Disorder in Adolescent.* 1988, 32, pp. 579–584.
11. **Withaker, A., Davies M., Shaffer D., Johnson J., Abrams S., Walsh B.T., Kalikow K.** The struggle to be thin: a survey of anorexic and bulimic symptoms in a non-referred adolescent population. *Psychological Médecine.* 1989, 19, pp. 143–163.
12. **D Bolduc, H Steiger, F Leung.** Prévalence des attitudes et comportements inadaptés face à l'alimentation chez des adolescentes de la région de Montréal. *Santé mentale au Québec.* 1993, Vol. 18, 2, pp. 183–196.
13. **M. Lachaud, V. Miquel, A. Rousseau, H. Chabrol.** Pratiques alimentaires et préoccupations corporelles chez les jeunes femmes. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive.* 2004, Vol. 14, 3, pp. 131–134.
14. **Futch LS, Winggard DL, Felice ME.** Eating pattern disturbances among women medical and graduate students. *J Adolesc Health Care.* 1988, Vol. 9, 5, pp. 378–383.
15. **N. Ghazal, M. Agoub, D. Moussaoui, O. Battas.** Prévalence de la boulimie dans une population de lycéens à Casablanca. *L'Encéphale.* 2001, Vol. XXVII, pp. 338–42.
16. **F. Manoudi, I. Adali, F. Asri, I. Tazi.** Approche épidémiologique de la boulimie et du comportement alimentaire inhabituel en milieu universitaire à Marrakech (Maroc). *Annales Médico-Psychologiques.* 2010, 168, pp. 694–97.

17. Tomori, M., & Rus-Makovec, M. Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students. *Journal of Adolescent Health*. 2000, Vol. 26, 5, pp. 361–367.
18. Fairburn CG, Brownell KD. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. Second Edition. New York : Guilford Press, 2002.
19. Association, American Psychiatric. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Edition. Washington (D.C.) : s.n., 1994. pp. 675 – 689.
20. Organization, World Health. BMI classification. [En ligne] 2004. http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.
21. Corcos M, Bochereau D, de Tournemire R, Cayol V, Girardon N, Jeammet P. Déviations du comportement alimentaire à l'adolescence. *Encycl Méd Chir* . Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, 2001, Vol. Endocrinologie–Nutrition, 10–308–D–10, Psychiatrie, 37–215.
22. Nutrition, Collège des Enseignants de. Sémiologie des troubles du comportement alimentaire de l'adulte. *Cah. Nutr. Diét.* 2001, Vol. 36, hors série 1, pp. 2557 – 2562.
23. Déchelotte P, Grigioni S, Fetissoff S. Gastrointestinal disorders in anorexia nervosa. *Nutr Clin Métabl.* 2007, Vol. 21, pp. 166– 71.
24. S. Grigioni, F.– D. Garcia, P. Déchelotte. Sémiologie et classification des troubles du comportement alimentaire. *Médecine des maladies Métaboliques*. 2012, Vol. 6, 2.
25. Haute Autorité de Santé (HAS). Haute autorité de santé (HAS). [En ligne] www.has-sante.fr/portail.

26. **S.Grigioni, M.Beaucieux, J.Ladner, P.Déchelotte.** Perception du poids, modes de consommation et troubles du comportement alimentaire chez 1744 étudiants de l'agglomération rouennaise. *Nutrition clinique et métabolisme.* 2007, 21, pp. S47–S81.
27. **Lea Hautala, Jouni Junnila, Jouni Alin , Matti Grönroos, Aija–Mari Maunula, Max Karukivi, Pirjo–Riitta Liuksila, Hannele Räihä, Maritta Välimäki, Simo Saarijärvi.** Uncovering hidden eating disorders using the SCOFF questionnaire: Cross–sectional survey of adolescents and comparison with nurse assessments. *International journal of nursing studies.* 2009, 46, pp. 1439–47.
28. **Garcia FD, Grigioni S, Chelali S, Meyrignac G, Thibaut F, Dechelotte P.** Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *World J Biol Psychiatry.* 2010, Vol. 11, 7, pp. 888–93.
29. **Garner DM, Olmsted MP, Polivy J.** Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord.* 1983, Vol. 2, 15, pp. 15–34.
30. **J.D Guelfi, V Gaillac and R Dardennes.** *Psychopathologie quantitative.* Paris : Masson, 1995. pp. 249–260.
31. **Cotrufo P., Monteleone P., Castaldo E., Maj M.** A 4–year epidemiological study of typical and atypical eating disorders: preliminary evidence for subgroups of atypical eating disorders with different natural outcomes. *European Eating Disorders Review.* 2004, Vol. 12, 4, pp. 234–39.

32. **Al., Thomas et.** Disordered eating attitudes and behaviors in ballet students: examination of environmental and individual risk factors. *Int J Eat Disord.* 2005, Vol. 38, 3, pp. 263-68.
33. **Van Hoeken D, Seidell J, Hoek HW., Treasure J, Schmidt U, Van Furth E.** *Handbook of eating disorders.* Chichester : John Wiley and Sons, 2003. pp. 11-34.
34. **Hoeck HW, Van Hoeken D.** Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2003, Vol. 34, pp. 383-96.
35. **Fairburn CG, Harrison PJ.** Eating disorders. *Lancet.* 2003, Vol. 361, pp. 407- 16.
36. **H. Marouan, R. Ejjarafi, C. Chaib, M. Sabir, F. El Omari – . (), , Maroc.** Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent au Maroc. [auteur du livre] Communication orale présentée dans le cadre du 22ème Congrès de l'AMPEP. Tetouan : s.n., 2013.
37. **Ben Thabet J., Allouche C., Charfeddine F., Zouari N., Zouari L., Maâlej M.** Troubles du comportement alimentaire chez les étudiants : Dépistage et liens avec l'anxiété et la dépression. *Communication affichée présentée dans le cadre du 8e Congrès de l'Encéphale.* 2010.
38. **Oneib B., Elloudi H., Fifani F., Belbachir S., Sekkat F.Z.** Perception du corps et comportement alimentaire chez l'adolescente marocaine. *Communication affichée présentée dans le cadre du 8e Congrès de l'Encéphale.* 2010.
39. **Ghazal N, Agoub M, Moussaoui D, Battas O.** Prevalence of bulimia among secondary school students in Casablanca. *Encephale.* 2001, Vol. 27, 4, pp. 338-42.

40. **Manaf S., Benchekroune W., Rhoulam H., Abouhia B., Agoub M., Battas O.** Troubles du comportement alimentaire et estime de soi. *Communication affichée présentée dans le cadre du 8e Congrès de l'Encéphale.* 2010.
41. **S., Bouhlel.** *Troubles des conduites alimentaires, dépression et alexithymie chez une population d'étudiants en médecine : prévalence et corrélations.* Sousse : Thèse de doctorat en médecine, 2003.
42. **Trabelsi S., Elloumi H., Maalej I., Dakhlaoui O., Haffani M.F.** Troubles de conduite alimentaire : prévalence et caractéristiques chez une population d'étudiants tunisiens. *Communication affichée présentée dans le cadre du 7e Congrès de l'Encéphale.* 2009.
43. **Nasser M, Katzman M.** *Sociocultural theories of eating disorders: an evolution in thought.* [éd.] Schmidt U, Van Furth E Treasure J. Chichester : John Wiley and Sons, 2003. pp. 139-50. Print ISBN: 9780471497684, Online ISBN: 9780470013441.
44. **Aoun A, Garcia FD, Mounzer C, Hlais S, Grigioni S, Honein K, Déchelotte P.** War stress may be another risk factor for eating disorders in civilians: a study in Lebanese University Students . *Gen Hosp Psychiatry.* 2013 .
45. **S., Billard.** Dépistage des sujets à risque de troubles des conduites alimentaires à l'adolescence : Etude descriptive chez 3344 collégiens. *Communication orale présentée dans le cadre du 11e Congrès de l'Encéphale.* 2013.

46. **Ladner J, Rouger F, Tavolacci M, Grigioni , Déchelotte P.** Prévalence des troubles du comportement alimentaire et facteurs de risques associés chez les étudiants à l'université : une grande étude épidémiologique en Haute-Normandie. *Nutrition clinique et métabolisme*. 2011, Vol. 25.
47. **I. J. Lobera, J. R. Candau, M. T. Montaña González, M. T. Morales Millán, N. Vargas Sánchez, P. L. Lozano.** Análisis de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes de Sevilla. *Medicina Clínica*. 2009, Vol. 132, 3, pp. 83-8.
48. **Veses AM, Martínez-Gómez D, Gómez-Martínez S, Zapatera B, Veiga ÓL, Marcos A.** Association between excessive body fat and eating-disorder risk in adolescents: the AFINOS Study. *Med Clin*. 2011, Vol. 136, 14, pp. 620-2.
49. **K.C. Fragkos, C.C. Frangos, I. Sotiropoulos, A.N. Giovanis, I. Tilikidou, I. Manolopoulos.** Prevalence and risk factors of eating disorders in Greek undergraduate students. *European Psychiatry*. 2011, Vol. 26, 1, p. 717.
50. **Fragkos KC, Frangos CC.** Assessing eating disorder risk: the pivotal role of achievement anxiety, depression and female gender in non-clinical samples. *Nutrients*. 2013, Vol. 5, 3, pp. 811-28.
51. **Sánchez-Armass O, Drumond-Andrade FC, Wiley AR, Raffaelli M, Aradillas-García C et Group, UP AMIGOS 2008 Study.** Evaluation of the psychometric performance of the SCOFF questionnaire in a Mexican young adult sample. *Salud Publica Mex*. 2012, Vol. 54, 4, pp. 375-82.

52. **Kolarzvk E, Jaqlarz M.** Disordered eating attitudes in medical students of Jagiellonian University. *Przeq/ Lek.* 2003, Vol. 60, pp. 48–52.
53. **Memon AA, Adil SE, Siddiqui EU, Naeem SS, Ali SA, Mehmood K.** Eating disorders in medical students of Karachi, Pakistan—a cross-sectional study. *BMC Res Notes.* 2012, Vol. 5, 84.
54. **Lippincott JA, Hwang HS.** On cultural similarities in attitudes toward eating of women students in Pennsylvania and South Korea. *Psychol Rep.* 1999, Vol. 85, pp. 701–2.
55. **LeGrange D, Telch Christy F, Tibbs J.** Eating attitudes and behaviours in 1435 South African Caucasian and non-Caucasian college students. *Am J Psychiatry.* 1998, Vol. 155, pp. 250—4.
56. **Lunner K, Werthem EH, Thompson JK, et al.** A cross-cultural examination of weight-related teasing, body image, and eating disturbance in Swedish and Australian samples. *Int J eat Disord.* 2000, pp. 430—5.
57. **Callahan S, Rousseau A, Knotter A et coll.** Les troubles alimentaires : présentation d'un outil de diagnostic et résultats d'une étude épidémiologique chez les adolescents. *Encéphale.* 2003, 29, pp. 239–47.
58. **Schwartz D. M., Thompson M. G., Johnson, C. L.** Anorexia nervosa and bulimia: The socio-cultural context. [auteur du livre] S. W. Emmett. *Theory and treatment of anorexia nervosa and bulimia* . New-York : Brunner/Mazel, 1985, pp. 95–112.

59. **Ledoux S., Choquet, M., Flament M.** Eating disorders among adolescents in an unselected French population. *International Journal of Eating Disorders*. 1991, Vol. 10, 1, pp. 81–89.
60. **Frank R. E., Serdula M. K., Adame D.** Weight loss and bulimic eating behavior: changing patterns within a population of young adult women. *Southern Medical Journal*. 1991, 84, pp. 457–60.
61. **Leichner P., Arnett J., Rallo J. S., Srikameswaran S.** An epidemiologic study of maladaptive eating attitudes in a Canadian school age population. *International Journal of Eating Disorders*. 1986, Vol. 5, 6, pp. 969–982.
62. **Killen J. D., Taylor B., Telch M. J., Saylor K. E., Maron D. J., Robinson T. N.** Self-induced vomiting and laxative and diuretic use among teenagers. Precursors of the binge-purge syndrome? *Journal of the American Medical Association*. 1986, 255, pp. 1447–49.
63. **Lachenmeyer J. R., Muni-Brander P.** Eating disorders in a nonclinical adolescent population: implications for the treatment. *Adolescence*. 1988, 23, pp. 303–312.
64. **Gonzalez-Lavin, A., & Smolak, L.** Relationships between television and eating problems in middle school girls. . *Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development*. 1995.
65. **Leit, R. A., Pope, H. G., & Gray, J. J.** Cultural expectations of muscularity in men: The evolution of playgirl centerfolds. *International Journal of Eating Disorders*. 2001, Vol. 29, pp. 90–93.
66. **Frederick, D.A.** Do representations of male muscularity differ in men's and women's magazines? *Body Image*. 2005, Vol. 2, pp. 81–86.

67. Pope, H. G., Olivardia, R., Borowiecki, J. B., & Cohane, G. H. The growing commercial value of the male body: A longitudinal survey of advertising in women's magazines. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2001, Vol. 70, pp. 189–192.
68. Dancyger I. F., Garfinkel P. E. The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia and bulimia nervosa. *Psychological Medicine*. 1995, Vol. 25, 5, pp. 1019–1025.
69. Schwitzer A. M., Rodriguez L. E., Thomas C., Salimi L. The Eating Disorders NOS Diagnostic Profile Among College Women. *Journal of American College Health*. 2001, Vol. 49, 4, p. 157.
70. Graber J. A., Tyrka A. R., Brooks–Gunn J. How similar are correlates of different subclinical eating problems and bulimia nervosa? *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*. 2003, Vol. 44, 2, pp. 262–273.
71. Shisslak C. M., Crago M., Estes L. S. The Spectrum of Eating Disturbances. *International Journal of Eating Disorders*. 1995, Vol. 18, 3, pp. 209–219.
72. Neumark–Sztainer D, Wall M, Eisenberg M, Story M, Hannan P. Overweight status and weight control behaviors in adolescents: Longitudinal and secular trends from 1999 to 2004. *Prev Med*. 2006, Vol. 43, 1, pp. 52–59.
73. Neumark–Sztainer D, Wall M, Haines J, Story M, Sherwood N, Van den Berg P. Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med*. 2007, Vol. 33, 5, pp. 359–369.

74. **Stice E, Shaw HE.** Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology, A synthesis of research findings. *J Psychosom Res.* 2002, 53, pp. 985–993.
75. **Johnson F, Wardle J.** Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. *J Abnorm Psychol.* 2005, 114, pp. 119–125.
76. **Neumark–Sztainer D, Wall M, Story M, Standish AR.** Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: associations with 10–year changes in body mass index. *J Adolesc Health.* 2012, 50, pp. 80–86.
77. **Ben Abla–Houissa S, Khaloui M, Saada B et al.** Conduites boulimiques chez les étudiants en médecine. *Ann Tun Psychiatr.* 1997, 2, pp. 104–6.
78. **Bailly, D., Lesueur, M. et J., M. Boniface Parquet P.** Comportements boulimiques chez les étudiants français : une fréquence peu élevée? *Annales de psychiatri.* 1992, Vol. 7, 1, pp. 59–64.
79. **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, Vol. 14, 1, pp. 41–63.
80. **Cooley E., Toray T.** Body Image and Personality Predictors of Eating Disorder Symptoms During the College Years. *International Journal of Eating Disorders.* 2001, Vol. 30, 1, pp. 28–36.
81. **Douglas K. A., Collins, J. L., Warren C., Kann L., Gold R., Clayton S., et al.** Results from the 1995 National College Risk Behavior Survey. *Journal of American College Health.* 1997, Vol. 46, 2, pp. 55–66.

82. **Haberman S., Luffey D.** Weighing in college students' diet and exercise behaviors. *Journal of American College Health*. 1998, Vol. 46, 4, p. 189.
83. **Ball K., Lee C.** Psychological Stress, Coping, and Symptoms of Disordered Eating in a Community Sample of Young Australian Women. *International Journal of Eating Disorders*. 2002, Vol. 31, 1, pp. 71–81.
84. **Mäkinen M., Puukko–Viertomies L.R., Lindberg N., Siimes M.A. and Aalberg V.** Body dissatisfaction and body mass in girls and boys transitioning from early to mid–adolescence: additional role of self–esteem and eating habits. *BMC Psychiatry*. 2012, Vol. 12, 35, pp. 1–8.
85. **Stice E, Whitenton K.** Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Dev Psychol*. 2002, 38, pp. 669–678.
86. **DC, Jones.** Body image among adolescent girls and boys: a longitudinal study. *Dev Psychol*. 2004, 40, pp. 823–835.
87. **Paxton SJ, Eisenberg ME, Neumark–Sztainer D.** Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: a five–year longitudinal study. *Dev Psychol*. 2006, 42, pp. 888–899.
88. **Presnell K, Bearman SK, Stice E.** Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: a prospective study. *Int J Eat Disord*. 2004, 36, pp. 389–401.

89. **Austin SB, Haines J, Veugelers PJ.** Body satisfaction and body weight: gender differences and sociodemographic determinants. *BMC Publ Health.* 2009, 9, p. 313.
90. **LJ Chen, KR Fox, AM Haase and PW Ku.** Correlates of body dissatisfaction among Taiwanese Adolescents. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2010, Vol. 19, 2, pp. 172–179.
91. **J., Trautmann, S., Lokken Worthy et K.L., Lokken.** Body Dissatisfaction, Bulimic Symptoms, and Clothing Practices Among College Women. *The Journal of Psychology.* 2007, Vol. 141, 5, pp. 485–498.
92. **Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL.** Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case–control comparisons. *Arch Gen Psychiatry.* 1999, 56, pp. 468–476.
93. **Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O’Connor ME.** Risk factors for bulimia nervosa. A community–based case–control study. *Arch Gen Psychiatry.* 1997, 54, pp. 509–517.
94. **Keel PK, Haedt A, Edler C.** Purging disorder: An ominous variant of bulimia nervosa? *Int J Eat Disord.* 2005, 38, pp. 191–199.
95. **Bulik CM, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo S, Aggen S, Sullivan P.** The relation between eating disorders and components of perfectionism. *Am J Psychiatry.* 2003, 160, pp. 366–368.
96. **Sutandar–Pinnock K, Woodside D, Carter JC, Olmsted MP, Kaplan AS.** Perfectionism in anorexia nervosa: A 6–24–month follow–up study. *Int J Eat Disord.* 2003, 33, pp. 225–229.

97. **Sassaroli S, Ruggiero GM. . 2005 et 37:.** The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2005, 37, pp. 135-141.
98. **Frost R. O., Marten P., Lahart C., Rosenblate R.** The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research.* 1990, 14, pp. 449-468.
99. **Cheng S. K., Chong G. H., Wong C. W.** Chinese frost multidimensional perfectionism scale: A validation and prediction of self-esteem and psychological distress. *Journal of Clinical Psychology.* 1999, 55, pp. 1051-1061.
100. **Cox B. J., Enns M. W., Clara I. P.** The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological Assessment.* 2002, 14, pp. 365-373.
101. **S.B. Sherry, P.L. Hewitt, A. Besser, B.J. McGee, and G.L. Flett.** Self-Oriented and Socially Prescribed Perfectionism in the Eating Disorder Inventory Perfectionism Subscale. *International Journal of Eating Disorders.* 2003, 5, pp. 121 - 128.
102. **Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E. M., Flett, G. L., et al.** Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research.* 2002, 26, pp. 745-758.
103. **W.D., Parker.** An empirical typology of perfectionism in academically talented children. *American Educational Research Journal.* 1997, 34, pp. 545-562.

104. Murray W Enns, Brian J Cox, Jitender Sareen and Paul Freemann , November 2001. Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Medical Educatio*. 2001, Vol. 35, 11, pp. 1034–1042.
105. Wade TD, Wilksch SM, Paxton SJ, Byrne SM, Austin SB. How perfectionism and ineffectiveness influence growth of eating disorder risk in young adolescent girls. *Behav Res Ther*. 2015, 66, pp. 56 – 63.
106. Darcy AM, Fitzpatrick KK, Manasse SM, Datta N, Klabunde M, Colborn D, Aspen V, Stiles–Shields C, Labuschagne Z, Le Grange D, Lock J. Central coherence in adolescents with bulimia nervosa spectrum eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2014 , Vol. 48, 3.
107. Ackard DM, Richter S, Egan A, Cronemeyer C. Poor outcome and death among youth, young adults, and midlife adults with eating disorders: an investigation of risk factors by age at assessment. *Int J Eat Disord*. 2014 , Vol. 47, 7, pp. 825–35.
108. Marín V, Sommer K, Agurto P, Ceballos ML, Aguirre ML. Eating disorders risk among obese adolescents. *Rev Med Chil*. 2014, Vol. 142, 10, pp. 1253–8.
109. Dobmeyer AC, and Stein DM. A prospective analysis of eating disorder risk factors: Drive for thinness, depressed mood, maladaptive cognitions, and ineffectiveness. *Eating Behaviors*. 2003, 4, pp. 135–147.

110. Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, K. F., Wilson, D. M., Hammer, L, et al. Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996, 64, pp. 936–940.
111. Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., Early-Zald, M.B. Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*. 1995, 104, pp. 140– 149.
112. Berman, E. S. The relationship between eating self-efficacy and eating disorder symptoms in a non-clinical sample. *Eating Behaviors*. 2006, 7, pp. 79–90.
113. Pinto, A. M., Guarda, A. S., Heinberg, L. J., & Di Clemente, C. C. Development of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*. 2006, 39, pp. 376–384.
114. Kusano-Schwarz M., Wietersheim J.von. EDI results of Japanese and German women and possible sociocultural explanations. *European Eating Disorders Review*. 2005, Vol. 13, 6, pp. 411–416.
115. Podar I., Allik J. A cross-cultural comparison of the Eating Disorder Inventory. *Int J Eat Disord*. 2009, Vol. 42, 4, pp. 346–55.
116. Oltea Jojaa, Jörn von Wietersheim. A cross-cultural comparison between EDI results of Romanian and German students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2012, 33, pp. 1037 – 1041.

117. **al, V. Folope et.** Impact of eating disorders and psychological distress on the quality of life of obese people. *Nutrition*. 2012, Vol. 28, pp. e7–e13.
118. **al., K.C. Berg et.** Change in eating disorder attitudes and behavior in college women: Prevalence and predictors. *Eating Behaviors*. 2009, Vol. 10, pp. 137–142.
119. **al, J. Lethbridge et.** The role of perfectionism, dichotomous thinking, shape and weight overvaluation, and conditional goal setting in eating disorders. *Eating Behaviors*. 2011, Vol. 12, pp. 200–206.
120. **E, Stice.** Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology : A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*. 2002, Vol. 128, 5, pp. 825–848.

ANNEXES

Questionnaire

Sexe : F M

Date de naissance :

Fraterie et rang dans la fraterie :^{ème} d'une fraterie de

Statut marital : Célibataire Marié Divorcé Veuf

Pour les répondants féminins:

- **Ces 3 derniers mois**, avez-vous eu un arrêt de vos règles alors que vous auriez dû les avoir (en l'absence d'une éventuelle grossesse) ? Oui Non

- Etes-vous actuellement enceinte ? Oui Non

Si oui : semaines d'aménorrhée

- Etes vous en post-partum ? Oui Non

Si oui : A quand remonte votre accouchement ?

Avez-vous des enfants ? Oui Non

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

Année d'étude : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} 5^{ème} 6^{ème}

Niveau socio-économique : Bas Moyen Elevé

Revenu mensuel de votre ménage/ famille:

<3000 Dh 3000 – 6000 Dh 6000 - 10.000 Dh >10.000 Dh

Taille : M **Poids :** Kg

Antécédents médicaux :

→ Personnels :

- Suivez-vous un régime alimentaire Oui Non

Si oui, lequel ?

- Avez-vous un diabète insulino-dépendant Oui Non

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

Si oui, type : Hypercholestérolémie Hypertriglycéridémie Mixte

- Usage de substance :

▪ Tabagisme : Oui Non

→ Si oui : Depuis..... Quantité.....

▪ Alcool : Oui Non

- *Si oui* : Depuis..... Fréquence.....
- Drogue Oui Non
 - *Si oui* : Type :..... Depuis
 - Fréquence de prises:.....

- Autres antécédents :

→ **Familiaux :**

- Trouble des conduites alimentaires
- Diabète insulino-dépendant Dyslipidémie
- Usage de substance :
- Tabagisme : Oui Non
- Alcool : Oui Non
- Drogue Oui Non

- Autres antécédents :

Moyens de contrôle du poids :

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

→ *Si oui*, lesquels :

- Jeûne Fréquence :.....
- Vomissements provoqués Fréquence :.....
- Laxatifs Fréquence :.....
- Coupe-faim Fréquence :.....
- Diurétiques Fréquence :.....
- Autres Lesquels et fréquence.....

Le tableau suivant, regroupe les correspondances taille - seuil de poids critique (sans vêtements) selon le sexe :

Taille (cm)		140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Poids (kg)	Femmes	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
	Hommes	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

→ **En vous référant à ce tableau**, avez-vous déjà atteint le seuil de poids correspondant à votre taille et votre sexe ? Oui Non

Dans la série de questions ci-dessous, cochez la réponse qui vous correspond :

Questions	Oui	Non
Vous faites vous vomir parceque vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?		
Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?		
Avez-vous perdu récemment plus de 6kg en 3 mois ?		
Pensez-vous que vous être gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?		
Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?		
<u>Au cours des 3 derniers mois</u> , avez-vous refusé de prendre du poids malgré le fait que vous pesiez peu ?		
<u>Au cours des 3 derniers mois</u> , Aviez-vous peur de prendre du poids ou redoutiez-vous de devenir trop gros(se) ?		
<u>Au cours des 3 derniers mois</u> , vous trouviez-vous encore trop gros(se), ou pensiez-vous qu'une partie de votre corps était trop grosse ?		
<u>Au cours des 3 derniers mois</u> , pensiez-vous que votre poids était normal, voire excessif ?		
<i>L'opinion ou l'estime</i> que vous avez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?		
<u>Au cours de ces 3 derniers mois</u> , vous est-il arrivé d'avoir des crises de boulimie durant lesquelles vous mangiez de très grandes quantités de nourriture dans une période de temps limitée, c'est à dire en moins de 2 heures ?		
Avez-vous eu de telles crises de boulimie <u>au moins deux fois par semaine au cours de ces 3 derniers mois ?</u>		
<u>Durant ces crises de boulimie</u> , avez-vous l'impression de ne pas pouvoir vous arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler la quantité de nourriture que vous prenez ?		
De façon à éviter une prise de poids <u>après ces crises de boulimie</u> , faites-vous certaines choses comme vous faire vomir, vous astreindre à des régimes draconiens, pratiquer des exercices physiques importants, ou prendre des laxatifs, des diurétiques, ou des coupe-faim ?		
Ces crises surviennent-elle <u>toujours</u> lorsque votre poids est en dessous du poids critique ? (voir le tableau de correspondance ci-dessus)		

Dans la série de questions ci-dessous, cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé **au cours de la semaine qui vient de s'écouler**. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

1) Je me sens tendu ou énervé :

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

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

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

3) Je me fais du souci :

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

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

- Oui, quoiqu'il arrive
- Oui, en général
- Rarement
- Jamais

5) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent

6) 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

7) J'éprouve des sensations soudaines de panique :

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

	Toujours	En général	Souvent	Quelque fois	Rarement	Jamais
2. Je trouve mon ventre trop gros						
4. Je mange lorsque je suis ému/ bouleversé/ contrarié						
5. Je me gave de nourriture						
9. Je trouve mes cuisses trop grosses						
10. Je me sens incapable						
12. Je trouve que mon ventre est juste de la bonne taille						
13. Seules les performances d'exception sont reconnues dans ma famille						
18. Je me sens seule au monde						
19. Je suis satisfaite de la forme de mon corps (de ma silhouette)						
20. Globalement, j'ai le sentiment de maîtriser les choses dans ma vie						
24. J'aimerais être quelqu'un d'autre						
27. Je me sens inadéquat						
28. J'ai eu des crises de frénésie alimentaire, avec l'impression que je ne pourrais plus jamais m'arrêter						
29. Enfant, je faisais de grands efforts pour ne pas décevoir mes parents et enseignants						
31. J'aime bien la forme de mes fesses						
36. Je déteste ne pas être parmi les meilleurs dans tout ce que j'entreprends						
37. Je me sens sûr de moi						
38. Je pense à faire des crises de frénésie alimentaire						
41. J'ai une mauvaise opinion de moi- même						
42. J'ai le sentiment de pouvoir réaliser mes ambitions						
43. Mes parents ont attendu de moi que je réalise d'excellentes performances						
45. Je trouve mes hanches trop larges						
46. Je mange modérément en présence des autres, et me gave après leur départ						
50. Je me sens quelqu'un de valable						
52. Je trouve que je dois faire les choses à la perfection ou pas du tout						
53. J'ai l'idée d'essayer de vomir pour perdre du poids						
55. Je trouve mes cuisses juste à la bonne taille						
56. Je me sens vide, intérieurement (émotionnellement)						
59. Je trouve mes fesses trop grosses						
61. Je mange ou bois en cachette						
62. Je trouve mes hanches juste de la bonne taille						
63. Mes objectifs sont extrêmement élevés						