



HAL
open science

Le questionnaire B.I.T.E (Bulimic Investigatory Test Edinburgh) : utilisation en médecine de soins primaires dans le dépistage de l'hyperphagie boulimique et de la boulimie nerveuse chez les patients diabétiques de type 2

Martin Raoux

► To cite this version:

Martin Raoux. Le questionnaire B.I.T.E (Bulimic Investigatory Test Edinburgh) : utilisation en médecine de soins primaires dans le dépistage de l'hyperphagie boulimique et de la boulimie nerveuse chez les patients diabétiques de type 2. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02390581

HAL Id: dumas-02390581

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02390581>

Submitted on 3 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Le questionnaire B.I.T.E (Bulimic Investigatory Test Edinburgh):
utilisation en médecine de soins primaires dans le dépistage de
l'hyperphagie boulimique et de la boulimie nerveuse chez les patients
diabétiques de type 2.

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 18 Octobre 2019

Par Monsieur Martin RAOUX

Né le 27 avril 1985 à La Tronche (38)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VALERO René	Président
Monsieur le Professeur DARMON Patrice	Directeur
Madame le Docteur RONSIN Olivia	Assesseur
Monsieur le Professeur LANÇON Christophe	Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES

MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI

Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3ème cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Étudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS

- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND

M. André ALI CHERIF

M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge MM FAVRE Roger

ALDIGHERI René FIECHI Marius

ALESSANDRINI Pierre FARNARIER Georges

ALLIEZ Bernard FIGARELLA Jacques

AQUARON Robert FONTES Michel

ARGEME Maxime FRANCOIS Georges

ASSADOURIAN Robert FUENTES Pierre

AUFFRAY Jean-Pierre GABRIEL Bernard

AUTILLO-TOUATI Amapola GALINIER Louis

AZORIN Jean-Michel GALLAIS Hervé

BAILLE Yves GAMERRE Marc

BARDOT Jacques GARCIN Michel

BARDOT André GARNIER Jean-Marc

BERARD Pierre GAUTHIER André

BERGOIN Maurice GERARD Raymond

BERNARD Dominique GEROLAMI-SANTANDREA André

BERNARD Jean-Louis GIUDICELLI Roger

BERNARD Pierre-Marie GIUDICELLI Sébastien

BERTRAND Edmond GOUDARD Alain

BISSET Jean-Pierre GOUIN François

BLANC Bernard GRILLO Jean-Marie

BLANC Jean-Louis GRISOLI François

BOLLINI Gérard GROULIER Pierre

BONGRAND Pierre HADIDA/SAYAG Jacqueline

BONNEAU Henri HASSOUN Jacques

BONNOIT Jean HEIM Marc

BORY Michel HOUEL Jean

BOTTA Alain HUGUET Jean-François

BOURGEADE Augustin JAQUET Philippe

BOUVENOT Gilles JAMMES Yves

BOUYALA Jean-Marie JOUVE Paulette

BREMOND Georges JUHAN Claude

BRICOT René JUIN Pierre

BRUNET Christian KAPHAN Gérard

BUREAU Henri KASBARIAN Michel

CAMBOULIVES Jean KLEISBAUER Jean-Pierre

CANNONI Maurice LACHARD Jean

CARTOUZOU Guy LAFFARGUE Pierre

CAU Pierre LAUGIER René

CHABOT Jean-Michel LE TREUT Yves

CHAMLIAN Albert LEVY Samuel

CHARREL Michel LOUCHET Edmond

CHAUVEL Patrick LOUIS René	CHOUX Maurice LUCIANI Jean-Marie
CIANFARANI François MAGALON Guy	CLEMENT Robert MAGNAN Jacques
COMBALBERT André MALLAN- MANCINI Josette Claude	CONTE-DEVOLX Bernard MALMEJAC
CORRIOL Jacques MARANINCHI Dominique	COULANGE Christian MARTIN Claude
DALMAS Henri MATTEI Jean François	DE MICO Philippe MERCIER Claude
DESSEIN Alain METGE Paul	DELARQUE Alain MICHOTÉY Georges
DEVIN Robert MILLET Yves	DEVRED Philippe MIRANDA François
DJIANE Pierre MONFORT Gérard	DONNET Vincent MONGES André
DUCASSOU Jacques MONGIN Maurice	DUFOUR Michel MONTIES Jean-Raoul
DUMON Henri NAZARIAN Serge	ENJALBERT Alain NICOLI René
MM NOIRCLERC Michel	OLMER Michel
OREHEK Jean	PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond	PELOUX Yves
PENAUD Antony	PENE Pierre
PIANA Lucien	PICAUD Robert
PIGNOL Fernand	POGGI Louis
POITOUT Dominique	PONCET Michel
POUGET Jean	PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis	RANQUE Jacques
RANQUE Philippe	RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard	ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques	ROUX Hubert
ROUX Michel	RUFO Marcel
SAHEL José	SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques	SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc	SARACCO Jacques
SASTRE Bernard	SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude	SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard	SERRATRICE Georges
SOULAYROL René	STAHL André

TAMALET Jacques

TARANGER-CHARPIN Colette

THOMASSIN Jean-Marc

UNAL Daniel

VAGUE Philippe

VAGUE/JUHAN Irène

VANUXEM Paul

VERVLOET Daniel

VIALETTES Bernard

WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)

CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)

T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)

Lord J. WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)

Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)

C. GIBBS (U.S.A.)

J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)

R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)

M. SCHOU (Danemark)

M. AMENT (U.S.A.)

Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)

S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)

KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)

LIANA BOLIS (Suisse)

L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)

W.K. ENGEL (U.S.A.)

V. ASKANAS (U.S.A.)

J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)

A. DAVIGNON (Canada)

A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)

J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)

W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)

D. CARSON (U.S.A.)

T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)

W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)

M. MULLER (Suisse)

V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)

D. STULBERG (U.S.A.)

A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)

P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)

S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)

C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)

G. HUGUES (Grande Bretagne)

J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)

K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)

Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur LEVY Samuel 31/08/2011

Mme le Professeur JUHAN-VAGUE Irène 31/08/2011

M. le Professeur PONCET Michel 31/08/2011

M. le Professeur KASBARIAN Michel 31/08/2011

M. le Professeur ROBERTOUX Pierre 31/08/2011

2009

M. le Professeur DJIANE Pierre 31/08/2011

M. le Professeur VERVLOET Daniel 31/08/2012

2010

M. le Professeur MAGNAN Jacques 31/12/2014

2011

M. le Professeur DI MARINO Vincent 31/08/2015

M. le Professeur MARTIN Pierre 31/08/2015

M. le Professeur METRAS Dominique 31/08/2015

2012

M. le Professeur AUBANIAC Jean-Manuel 31/08/2015

M. le Professeur BOUVENOT Gilles 31/08/2015

M. le Professeur CAMBOULIVES Jean 31/08/2015

M. le Professeur FAVRE Roger 31/08/2015

M. le Professeur MATTEI Jean-François 31/08/2015

M. le Professeur OLIVER Charles 31/08/2015

M. le Professeur VERVLOET Daniel 31/08/2015

2013

M. le Professeur BRANCHEREAU Alain 31/08/2016

M. le Professeur CARAYON Pierre 31/08/2016

M. le Professeur COZZONE Patrick 31/08/2016

M. le Professeur DELMONT Jean 31/08/2016

M. le Professeur HENRY Jean-François 31/08/2016

M. le Professeur LE GUICHAOUA Marie-Roberte 31/08/2016

M. le Professeur RUFO Marcel 31/08/2016

M. le Professeur SEBAHOUN Gérard 31/08/2016

2014

M. le Professeur FUENTES Pierre 31/08/2017

M. le Professeur GAMERRE Marc 31/08/2017

M. le Professeur MAGALON Guy 31/08/2017

M. le Professeur PERAGUT Jean-Claude 31/08/2017

M. le Professeur WEILLER Pierre-Jean 31/08/2017

2015

M. le Professeur COULANGE Christian 31/08/2018

M. le Professeur COURAND François 31/08/2018

M. le Professeur FAVRE Roger 31/08/2016

M. le Professeur MATTEI Jean-François 31/08/2016

M. le Professeur OLIVER Charles 31/08/2016

M. le Professeur VERVLOET Daniel 31/08/2016

2016

M. le Professeur BONGRAND Pierre 31/08/2019

M. le Professeur BOUVENOT Gilles 31/08/2017

M. le Professeur BRUNET Christian 31/08/2019

M. le Professeur CAU Pierre 31/08/2019

M. le Professeur COZZONE Patrick 31/08/2017

M. le Professeur FAVRE Roger 31/08/2017

M. le Professeur FONTES Michel 31/08/2019

M. le Professeur JAMMES Yves 31/08/2019

M. le Professeur NAZARIAN Serge 31/08/2019

M. le Professeur OLIVER Charles 31/08/2017

M. le Professeur POITOUT Dominique 31/08/2019

M. le Professeur SEBAHOUN Gérard 31/08/2017

M. le Professeur VIALETTES Bernard 31/08/2019

2017

M. le Professeur ALESSANDRINI Pierre 31/08/2020

M. le Professeur BOUVENOT Gilles 31/08/2018

M. le Professeur CHAUVEL Patrick 31/08/2020

M. le Professeur COZZONE Pierre 31/08/2018

M. le Professeur DELMONT Jean 31/08/2018

M. le Professeur FAVRE Roger 31/08/2018

M. le Professeur OLIVER Charles 31/08/2018

M. le Professeur SEBBAHOUN Gérard 31/08/2018

2018

M. le Professeur MARANINCHI Dominique 31/08/2021

M. le Professeur BOUVENOT Gilles 31/08/2019

M. le Professeur COZZONE Pierre 31/08/2019

M. le Professeur DELMONT Jean 31/08/2019

M. le Professeur FAVRE Roger 31/08/2019

M. le Professeur OLIVER Charles 31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert CHINOT Olivier GRIMAUD Jean-Charles

ALBANESE Jacques CHOSSEGROS Cyrille GROB Jean-Jacques

ALIMI Yves *CLAVERIE Jean-Michel Surnombre* GUEDJ Eric

AMABILE Philippe COLLART Frédéric GUIEU Régis

AMBROSI Pierre COSTELLO Régis GUIIS Sandrine

ANDRE Nicolas COURBIERE Blandine GUYE Maxime

ARGENSON Jean-Noël COWEN Didier GUYOT Laurent

ASTOUL Philippe CRAVELLO Ludovic GUYS Jean-Michel

ATTARIAN Shahram CUISSET Thomas HABIB Gilbert

AUDOUIN Bertrand CURVALE Georges HARDWIGSEN Jean

AUQUIER Pascal DA FONSECA David HARLE Jean-Robert

AVIERINOS Jean-François DAHAN-ALCARAZ Laetitia *HOFFART Louis Disponibilité*

AZULAY Jean-Philippe DANIEL Laurent HOUVENAEGHEL Gilles

BAILLY Daniel DARMON Patrice JACQUIER Alexis

BARLESI Fabrice D'ERCOLE Claude JOURDE-CHICHE Noémie

BARLIER-SETTI Anne D'JOURNO Xavier JOUVE Jean-Luc

BARTHET Marc DEHARO Jean-Claude KAPLANSKI Gilles

BARTOLI Christophe DELAPORTE Emmanuel KARSENTY Gilles

BARTOLI Jean-Michel DELPERO Jean-Robert KERBAUL François

BARTOLI Michel DENIS Danièle KRAHN Martin

BARTOLOMEI Fabrice DISDIER Patrick LAFFORGUE Pierre

BASTIDE Cyrille DODDOLI Christophe LAGIER Jean-Christophe

BENSOUSSAN Laurent DRANCOURT Michel LAMBAUDIE Eric

BERBIS Philippe DUBUS Jean-Christophe LANCON Christophe

BERDAH Stéphane DUFFAUD Florence LA SCOLA Bernard

BERLAND Yvon Surnombre DUFOUR Henry LAUNAY Franck

BERNARD Jean-Paul DURAND Jean-Marc LAVIEILLE Jean-Pierre

BEROUD Christophe DUSSOL Bertrand LE CORROLLER Thomas

BERTUCCI François EUSEBIO Alexandre LECHEVALLIER Eric

BLAISE Didier FAKHRY Nicolas LEGRE Régis

BLIN Olivier *FAUGERE Gérard Surnombre* LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale

BLONDEL Benjamin FELICIAN Olivier LEONE Marc

BONIN/GUILLAUME Sylvie FENOLLAR Florence LEONETTI Georges

BONELLO Laurent FIGARELLA/BRANGER Dominique LEPIDI Hubert

BONNET Jean-Louis FLECHER Xavier LEVY Nicolas

BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre FROURNIER Pierre-Edouard MACE Loïc

BOUBLI Léon *FRANCES Yves Surnombre* MAGNAN Pierre-Edouard

BOUFI Mourad FRANCESCHI Frédéric *MATONTI Frédéric Disponibilité*

BOYER Laurent FUENTES Stéphane MEGE Jean-Louis

BREGEON Fabienne GABERT Jean MERROT Thierry

BRETELLE Florence GABORIT Bénédicte METZLER/GUILLEMAIN Catherine

BROUQUI Philippe GAINNIER Marc MEYER/DUTOUR Anne

BRUDER Nicolas GARCIA Stéphane MICCALEF/ROLL Joëlle

BRUE Thierry GARIBOLDI Vlad MICHEL Fabrice

BRUNET Philippe GAUDART Jean MICHEL Gérard

BURTEY Stéphane GAUDY-MARQUESTE Caroline MICHEL Justin

CARCOPINO-TUSOLI Xavier GENTILE Stéphanie MICHELET Pierre

CASANOVA Dominique GERBEAUX Patrick MILH Mathieu

CASTINETTI Frédéric GEROLAMI/SANTANDREA René MOAL Valérie

CECCALDI Mathieu GILBERT/ALESSI Marie-Christine MONCLA Anne

CHAGNAUD Christophe GIORGI Roch MORANGE Pierre-Emmanuel

CHAMBOST Hervé GIOVANNI Antoine MOULIN Guy

CHAMPSAUR Pierre GIRARD Nadine MOUTARDIER Vincent

CHANEZ Pascal GIRAUD/CHABROL Brigitte *MUNDLER Olivier Surnombre*

CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle GONCALVES Anthony NAUDIN Jean

CHARREL Rémi GORINCOUR Guillaume NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier

CHARPIN Denis Surnombre GRANEL/REY Brigitte NICOLLAS Richard

CHAUMOITRE Kathia GRANVAL Philippe OLIVE Daniel

CHIARONI Jacques GREILLIER Laurent OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck ROCHE Pierre-Hugues THOMAS Pascal
PANUEL Michel ROCH Antoine THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent ROCHWERGER Richard TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe ROLL Patrice TRIGLIA Jean-Michel
PARRATTE Sébastien Disponibilité ROSSI Dominique TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure ROSSI Pascal TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean ROUDIER Jean TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne SALAS Sébastien VALERO René
PETIT Philippe *SAMBUC Roland Surnombre* VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao SARLES Jacques VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique SARLES/PHILIP Nicole VEY Norbert
PIQUET Philippe SARLON-BARTOLI Gabrielle VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas SCAVARDA Didier VIENS Patrice
POINSO François SCHLEINITZ Nicolas VILLANI Patrick
RACCAH Denis SEBAG Frédéric VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane SEITZ Jean-François VITTON Véronique
RAOULT Didier SIELEZNEFF Igor VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean SIMON Nicolas VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine STEIN Andréas XERRI Luc
REYNAUD Rachel TAIEB David
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth THIRION Xavier

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal	AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal	CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric	FERON François
LE COZ Pierre	LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe	SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (disponibilité) EBO Mikaël NGUYEN PHONG Karine

AHERFI Sarah FABRE Alexandre NINOVE Laetitia

ANGELAKIS Emmanouil (dispo oct 2018) FAURE Alice NOUGAIREDE Antoine

ATLAN Catherine (disponibilité) FOLETTI Jean- Marc OLLIVIER Matthieu

BARTHELEMY Pierre FOUILLOUX Virginie OVAERT Caroline

BEGE Thierry FROMONOT Julien PAULMYER/LACROIX Odile

BELIARD Sophie GASTALDI Marguerite PESENTI Sébastien

BERBIS Julie GELSI/BOYER Véronique RESSEGUIER Noémie

BERGE-LEFRANC Jean-Louis GIUSIANO Bernard REY Marc

BERTRAND Baptiste GIUSIANO COURCAMBECK Sophie ROBERT Philippe

BEYER-BERJOT Laura GONZALEZ Jean-Michel SABATIER Renaud

BIRNBAUM David GOURIET Frédérique SARI-MINODIER Irène

BONINI Francesca GRAILLON Thomas SAVEANU Alexandru

BOUCRAUT Joseph GRISOLI Dominique SECQ Véronique

BOULAMERY Audrey GUERIN Carole SUCHON Pierre

BOULLU/CIOCCA Sandrine GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné TABOURET Emeline

BUFFAT Christophe GUIDON Catherine TOGA Caroline

CAMILLERI Serge HAUTIER/KRAHN Aurélie TOGA Isabelle

CARRON Romain HRAIECH Sami TOMASINI Pascale

CASSAGNE Carole KASPI-PEZZOLI Elise TOSELLO Barthélémy

CHAUDET Hervé L'OLLIVIER Coralie TROUSSE Delphine

CHRETIEN Anne-Sophie LABIT-BOUVIER Corinne TUCHTAN-TORRENTS Lucile

COZE Carole LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina VELY Frédéric

CUNY Thomas *LAGIER Aude (disponibilité)* VION-DURY Jean

DADOUN Frédéric (disponibilité) LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude ZATTARA/CANNONI Hélène

DALES Jean-Philippe LEVY/MOZZICONACCI Annie

DAUMAS Aurélie LOOSVELD Marie

DEGEORGES/VITTE Joëlle MANCINI Julien

DELLIAUX Stéphane MARY Charles

DESPLAT/JEGO Sophie MASCAUX Céline

DEVILLIER Raynier MAUES DE PAULA André

DUBOURG Grégory MILLION Matthieu

DUFOUR Jean-Charles MOTTOLA GHIGO Giovanna

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad DEGIOANNI/SALLE Anna RUEL Jérôme

BARBACARU/PERLES T. A. DESNUES Benoît THOLLON Lionel

BERLAND/BENHAIM Caroline MARANINCHI Marie THIRION Sylvie

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise MERHEJ/CHAUVEAU Vicky VERNA Emeline

BOYER Sylvie MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte

COLSON Sébastien POGGI Marjorie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques

BONNET Pierre-André

CALVET-MONTREDON Céline

GUIDA Pierre

JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion REVIS Joana

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-
appartenants**

ANATOMIE 4201 ANTHROPOLOGIE 20

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) ADALIAN Pascal (PR) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) VERNA Emeline (MCF) THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)GUENOUN-
MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard
(PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH) ANGELAKIS Emmanouïl (MCU-PH) *disponibilité*
octobre 2018 AHERFI Sarah (MCU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH) CHABRIERE Eric
(PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH) DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK
Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) SECQ Véronique
(MCU-PH)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH) BUFFAT
Christophe (MCU-PH) FROMONOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) SAVEANU Alexandru
(MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;MEDECINE URGENCE 4801

ALBANESE Jacques (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY
Lionel (PU-PH)GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH) GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-
MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH) GUYE Maxime (PU-PH) MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre TAIEB David (PU-PH) BELIN Pascal (PR) (69ème section) RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section) CAMMILLERI Serge (MCU-PH) VION-DURY Jean (MCU-PH) BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH) BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH) CUISSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH) FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH) PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH) SIELEZNEFF Igor (PU-PH) HARDWIGSEN Jean (PU-PH) BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre GAUDART Jean (PU-PH) CHAUDET Hervé (MCU-PH) GIORGI Roch (PU-PH) MANCINI Julien (MCU-PH) GIUSIANO Bernard (MCU-PH) DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH) ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section) BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH) MOUTARDIER Vincent (PU-PH) SEBAG Frédéric (PU-PH) TURRINI Olivier (PU-PH) BEGE Thierry (MCU-PH) BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

BLONDEL Benjamin (PU-PH) ARGENSON Jean-Noël (PU-PH) CURVALE Georges (PU-PH) FLECHER Xavier (PU PH) *PARRATTE Sébastien (PU-PH) ROCHWERGER Richard (PU-PH) TROPANO Patrick (PU-PH) OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)*

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) JOUVE Jean-Luc (PU-PH) *Disponibilité* LAUNAY Franck (PU-PH) MERROT Thierry (PU-PH) VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) FAURE Alice (MCU PH) PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH) CHINOT Olivier (PU-PH) COWEN Didier (PU-PH) DUFFAUD Florence (PU-PH) GONCALVES Anthony (PU-PH) HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH) LAMBAUDIE Eric (PU-PH) SALAS Sébastien (PU-PH) VIENS Patrice (PU-PH) SABATIER Renaud (MCU-PH) TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH) GUYOT Laurent (PU-PH) FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH) D'JOURNO Xavier (PU-PH) DODDOLI Christophe (PU-PH) GARIBOLDI Vlad (PU-PH) MACE Loïc (PU-PH) THOMAS Pascal (PU-PH) FOUILLOUX Virginie (MCU-PH) GRISOLI Dominique (MCU-PH) TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH) LEGRE Régis (PU-PH) BERTRAND Baptiste (MCU-PH) HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH) BARTOLI Michel (PU-PH) AMABILE Philippe (PU-PH) BOUFI Mourad (PU-PH) MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH) PIQUET Philippe (PU-PH) SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH) BERNARD Jean-Paul (PU-PH) *BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre* DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH) GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH) GRANDVAL Philippe (PU-PH) GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH) SEITZ Jean-François (PU-PH) VITTON Véronique (PU-PH) GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH) *ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité* PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH) GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH) GROB Jean-Jacques (PU-PH) RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH) KRAHN Martin (PU-PH) LEVY Nicolas (PU-PH) MONCLA Anne (PU-PH) SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH) NGYUEN Karine (MCU-PH) TOGA Caroline (MCU-PH) ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH) CASTINETTI Frédéric (PU-PH) CUNY Thomas (MCU PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH) BOUBLI Léon (PU-PH) BRETELLE Florence (PU-PH) CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH) COURBIERE Blandine (PU-PH) CRAVELLO Ludovic (PU-PH) D'ERCOLE Claude (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH) BOYER Laurent (PU-PH) GENTILE Stéphanie (PU-PH) *SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre* THIRION Xavier (PU-PH) BERBIS Julie (MCU-PH) LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH) RESSEGUIER Noémie (MCU-PH) MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section) TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH) MEGE Jean-Louis (PU-PH) VIVIER Eric (PU-PH) FERON François (PR) (69ème section) BOUCRAUT Joseph (MCU-PH) CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH) DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH) DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH) ROBERT Philippe (MCU-PH) VELY Frédéric (MCU-PH) BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH) COSTELLO Régis (PU-PH) OLIVE Daniel (PU-PH) CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH) MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH) VEY Norbert (PU-PH) DEVILLIER
Raynier (MCU PH) GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH) LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH) SUCHON Pierre (MCU-PH) POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH) LEONETTI Georges (PU-PH) PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH) PIERCECCHI-
MARTI Marie-Dominique (PU-PH) TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH) BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF)
(1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH) LAGIER Jean-Christophe (PU-PH) PAROLA Philippe (PU-PH) STEIN Andréas (PU-PH)
MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH) MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH) VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) DISDIER Patrick (PU-PH) DURAND Jean-Marc (PU-PH) *FRANCES Yves (PU-
PH) Surnombre* GRANEL/REY Brigitte (PU-PH) HARLE Jean-Robert (PU-PH) ROSSI Pascal (PU-PH) SCHLEINITZ
Nicolas (PU-PH) EBBO Mikael (MCU-PH) GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein) ADNOT Sébastien (PR
associé Méd. Gén. à mi-temps) FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) BARGIER Jacques (MCF associé Méd.
Gén. À mi-temps) CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein) GUIDA Pierre (MCF associé
Méd. Gén. à mi-temps) JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH) BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH) SARI/MINODIER Irène (MCU-
PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre BRUNET Philippe (PU-PH) BURTEY Stéphanne (PU-PH) DUSSOL Bertrand (PU-
PH) JOURDE CHICHE Noémie (PU PH) BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps) MOAL Valérie
(PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH) RACCAH Denis (PU-PH) VALERO René (PU-PH) *ATLAN Catherine (MCU-PH)
disponibilité* BELIARD Sophie (MCU-PH) *MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)*

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH) FUENTES Stéphane (PU-PH) REGIS Jean (PU-PH) ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH) CARRON Romain (MCU PH) GRAILLON Thomas (MCU PH)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

NEUROLOGIE 4901

AUDOIN Bertrand (PU-PH) ATTARIAN Sharham (PU PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH) FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité*

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) MICHEL Justin (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) *DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)*

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH) *FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre* MICALLET/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section) MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH) CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) COZE Carole (MCU-PH) FABRE Alexandre (MCU-PH) OVAERT Caroline (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) GABORIT Bénédicte (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BONINI Francesca (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) *DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)* DELLIAUX Stéphane (MCU-PH) REY Marc (MCU-PH) RUEL Jérôme (MCF) (69ème section) THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH) CHAGNAUD Christophe (PU-PH) CHAUMOITRE Kathia (PU-PH) GIRARD Nadine (PU-PH) GORINCOUR Guillaume (PU-PH) JACQUIER Alexis (PU-PH) MOULIN Guy (PU-PH) PANUEL Michel (PU-PH) PETIT Philippe (PU-PH) VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH) VIDAL Vincent (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH) BARLESI Fabrice (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH) *CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre GREILLIER Laurent (PU PH) REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH) MASCAUX Céline (MCU-PH) TOMASINI Pascale (MCU-PH)*

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE

GAINNIER Marc (PU-PH) GERBEAUX Patrick (PU-PH) PAPAZIAN Laurent (PU-PH) ROCH Antoine (PU-PH) HRAIECH Sami (MCU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH) DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH) LAFFORGUE Pierre (PU-PH) PHAM Thao (PU-PH) ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH) KARSENTY Gilles (PU-PH) LECHEVALLIER Eric (PU-PH) ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement, Monsieur le professeur DARMON Patrice, directeur de la thèse, pour sa générosité, son soutien, et ses conseils. Merci d'avoir cru en mon projet de thèse et de m'avoir guidé durant tout ce temps. J'ai beaucoup apprécié l'ensemble des apprentissages qui en a découlé.

Je voudrais également remercier Monsieur le Professeur VALERO René qui m'a fait l'honneur d'être mon président de jury, ainsi que Monsieur le Professeur LANÇON Christophe, membre important de mon jury et directeur du DESC d'addictologie dans lequel je me suis engagé trois ans plus tôt.

Je voudrais particulièrement remercier Madame le Docteur RONSIN Olivia qui m'a fait l'honneur et l'immense plaisir d'accepter de faire partie de mon jury de thèse.

Il m'importe de remercier mes parents, Nicole et Christian RAOUX qui m'ont toujours soutenu et entouré de leur amour, transmis la motivation et la curiosité de l'apprentissage, la persévérance et le dépassement de soi.

Il est important pour moi de remercier ma sœur, le Docteur Delphine RAOUX qui a été un modèle de réussite pendant mon cursus.

Je remercie chaudement ma compagne, Suzana, pour sa patience, son soutien et son réconfort tout au long de ce processus. Son amour et son ouverture d'esprit font de moi, chaque jour, un homme meilleur.

Enfin je remercie mes ami(e)s qui ont toujours été là, même de loin.

Table des matières

• Remerciements.....	23
• Liste des abréviations.....	30
• Résumé.....	32
• Abstract.....	33
• Introduction.....	34
I. Les TCA: Le contexte actuel,définition,étiopathogénie,outils de dépistage et traitements...35	
1. Le contexte actuel.....	35
1.1. L'image du corps dans les sociétés occidentales.....	35
1.2. Les concepts d'alimentation émotionnelle et de dépendance à la nourriture.	
2. Définitions et étiopathogénies.....	37
3. Boulimie Nerveuse.....	41
3.1. Histoire.....	41
3.2. Définition.....	41
3.3. Prévalence.....	42
3.4. L'incidence.....	43
3.5. Sémiologie.....	43
3.6. Diagnostiques différentiels, comorbidités et risque suicidaire.....	45
3.6.1. Diagnostiques différentiels.....	45
3.6.2. Comorbidités et risques suicidaires.....	45
4. L'Hyperphagie Boulimique.....	46
4.1. Histoire.....	46
4.2. Définition.....	46
4.3. Prévalence.....	47
4.4. L'incidence	48

4.5. Sémiologie.....	48
4.6. Diagnostics différentiels, comorbidités et risque suicidaire.....	49
4.6.1. Diagnostics différentiels.....	49
4.6.2. Comorbidités et risque suicidaire.....	49
5. Outils de dépistage des TCA.....	50
5.1. Les Types d'évaluations.....	50
5.1.1. Les Entretiens diagnostics.....	50
5.1.2. Les Questionnaires Auto-administrés.....	52
6. Perspectives et Traitements de l'HB et BN.....	54
6.1. Buts et difficultés dans la prise en charge des TCA.....	54
6.2. Traitements pharmacologiques.....	54
6.3. Les approches psycho-thérapeutiques.....	55
6.4. L'organisation des soins.....	55
II. Diabète de type 2 et Troubles des conduites alimentaires.....	57
1. Le Diabète de type 2.....	57
1.1. Définition.....	57
1.2. Etiopathogénie.....	57
1.3. Prévalence.....	58
1.4. Complications du DT2.....	59
1.5. L'approche thérapeutique.....	60
2. Diabète de type 2 et TCA.....	60
2.1. Prévalence.....	60
2.2. Modèle théorique de compréhension étiologique.....	61
2.3. Le Diabète de type 2: un facteur de risque de développer un TCA?.....	61
2.4. Vulnérabilité psycho-sociale.....	62
2.5. Complications cliniques.....	63
3. Intérêt clinique du dépistage.....	64

4. Outils de dépistage spécifiques.....	64
5. Recommandations spécifiques sur la prise en charge des deux problématiques.....	65
• Matériels et méthodes	67
➤ Objectif de l'étude	67
➤ Méthodes	68
1. Le type de l'étude.....	68
2. La population de l'étude.....	68
2.1. Critères d'inclusion.....	68
2.2. Critères d'exclusion.....	68
3. Recueil des données.....	69
3.1. Mode de diffusion.....	69
3.2. Période du recueil.....	69
➤ Matériels	69
1. Recueil des données.....	69
2. Analyse des données.....	69
• Résultats	70
I. L'échantillon de l'étude.....	70
1. Les caractéristiques démographiques des médecins.....	70
1.1. Le sexe et l'âge des médecins.....	71
1.1.1. Le sexe.....	71
1.1.2. L'âge des médecins.....	72
2. Les critères démographiques.....	73
2.1. Répartition.....	73
2.2. Type géographique d'installation.....	73
3. Caractéristiques professionnelles des médecins.....	74
3.1. Année d'obtention de l'ECN.....	74
3.2. Ancienneté d'installation.....	75

3.3. Type d'installation.....	76
3.4. Type d'exercice.....	77
3.5. Organisation des consultations.....	78
3.6. Les médecins face aux TCA chez les patients diabétiques de type 2.....	79
II. Le questionnaire B.I.T.E.....	80
1. État des lieux sur la connaissance du B.I.T.E.....	80
2. Évaluation de la faisabilité du B.I.T.E.....	81
2.1. Les médecins pensent-ils que les patients soient à l'aise avec l'utilisation du questionnaire B.I.T.E?.....	81
2.2. Les médecins pensent-ils être à l'aise avec l'utilisation du questionnaire B.I.T.E?.....	82
2.3. Comment utiliser le questionnaire B.I.T.E lors d'une consultation?.....	83
3. Évaluer l'utilité du questionnaire dans la pratique courante.....	84
3.1. Le questionnaire B.I.T.E est-il adapté aux différentes situations?.....	84
3.2. Le B.I.T.E complète-t-il la clinique?.....	85
3.3. L'utilisation du B.I.T.E comme outil de dépistage de masse chez les patients diabétique 2.....	85
3.4. Le recours au questionnaire B.I.T.E.....	86
3.5. La modification de la prise en charge en cas de B.I.T.E positif.....	87
III. L'analyse bi-variée.....	88
1. Corrélation entre le profil du praticien et la connaissance de cette association de pathologies?.....	88
2. Corrélation entre le profil du praticien et les réponses à la question : le B.I.T.E complète-il la clinique?.....	88
3. Corrélation entre le profil du praticien et le recours au B.I.T.E?.....	89
4. Corrélation entre le profil du praticien et la modification de la prise en charge du patient en cas de B.I.T.E positif?.....	89
• Discussion	90
I. Discussion autour de l'échantillon.....	90

1. Démographie médicale et représentativité de l'échantillon.....	90
1.1. Parité Homme-Femme.....	90
1.2. Age de l'échantillon.....	90
1.2.1. L'âge des médecins de sexe masculin.....	90
1.2.2. L'âge des médecins de sexe féminin.....	90
1.3. La démographie.....	90
1.3.1. Répartition des médecins.....	90
1.3.2. Les milieux d'exercice.....	91
2. Le profil professionnel des médecins.....	91
2.1. Le mode d'exercice.....	91
2.2. L'ancienneté et l'expérience.....	91
2.3. Les médecins face à la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique....	92
II. Discussion autour des résultats.....	92
1. La connaissance du B.I.T.E.....	92
2. La faisabilité du B.I.T.E.....	92
2.1. Commodité du B.I.T.E: confort des patients/aisance des médecins.....	92
2.2. A quel moment utiliser le questionnaire ?.....	92
3. L'utilité du B.I.T.E.....	93
3.1. Le B.I.T.E et le dépistage de masse.....	93
3.2. L'influence du B.I.T.E sur le changement de la prise en charge thérapeutique.....	94
III. Discussion autour de la méthodologie.....	94
1. Limites et biais de l'étude.....	94
2. Forces de l'étude.....	94
• Conclusion	95
• Serment d'Hippocrate	96
• Références bibliographiques	97

- **Liste des annexes**
 - Annexe n°1: Questionnaire B.I.T.E version francophone.....102
 - Annexe n°2: Questionnaire envoyé aux médecins généralistes.....106
 - Annexe n°3: Département d'installation actuel (code postal).....109
 - Annexe n°4: Eléments somatiques évocateurs d'un TCA.....111
 - Annexe n°5: Analyses multivariées.....112
- **Liste des figures**
 - Figure n°1: Séquence développementale TCA/DT1.....117
 - Figure n°2: Séquence développementale TCA/DT2.....117
 - Figure n°3: Arbre décisionnel en présence d'une HB ou d'un TCA sous clinique.....118
 - Figure n°4: Arbre décisionnel en présence d'une BN ou d'une AM.....119

Liste des abréviations

ACD: Association Canadienne du Diabète
ADA: American Diabetes Association
AM: Anorexie Mentale
APA: American Psychiatric Association
BED: Binge Eating Disorder
B.I.T.E: Bulimic Investigatory Test Edinburgh
BN: Boulimie Nerveuse
DEPS-R: Diabetes Eating Problem Survey-Revised
DT1: Diabète de type 1
DT2: Diabète de type 2
ECN: Examen Classant National
EDE: Eating Disorder Examination
EDE-Q: Eating Disorder Examination-Questionnaire
ESSCA: Évaluation Semi-Structurée des Comportements Alimentaires
HAS: Haute Autorité de Santé
HB: Hyperphagie Boulimique
IC95: Intervalle de Confiance au seuil de 95%
IMC: Indice de Masse Corporelle
INVS: Institut de Veille Sanitaire
ISRS: Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine
MCO: Médico-Chirurgie-Obstétrique
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
PACA: Provence Alpes Cote d'Azur
PMSI: Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
QAA: Questionnaire Auto-Administré

QACD: Questionnaire des Attitudes et des Comportements liés à la gestion Diabétique

SCOFF: Sick Control One stane Fat, Food

SCOFF-m: Sick Control One stane Fat, Food-modified

SSR: Soins de Suite et Réadaptation

TCA: Troubles des Conduites Alimentaires

TCA-NS: Troubles des Conduites Alimentaires Non spécifiques

TCC: Thérapie Cognitivo-Comportementale

TIP: Thérapie Inter-Personnelle

VAP: Validation des Acquis Professionnels

Résumé

Contexte: En France, en 2016, 3,3 millions de personnes prenaient un traitement médicamenteux pour leur diabète de type 2 (soit 5% de la population). D'autre part, l'OMS estime à plus de 80 % la fraction du diabète de type 2 attribuable à l'obésité et au surpoids. C'est un problème de santé mondial majeur que la communauté scientifique qualifie «d'épidémie du 21e siècle».

La prise en charge traditionnelle du patient diabétique de type 2, est axée sur l'adoption de modifications favorables du mode de vie (alimentation équilibrée, lutte contre la sédentarité, activité physique régulière). Cependant d'autres facteurs doivent être pris en compte chez ces patients, en particulier la fréquence des troubles des conduites alimentaires, dont l'hyperphagie boulimique et la boulimie nerveuse.

Plusieurs études estiment que 10 à 40% des diabétiques de type 2 répondraient aux critères diagnostiques d'un TCA. L'HB serait le TCA le plus souvent observé chez ces patients, avec une prévalence variant de 2 à 25% selon les études.

Le B.I.T.E est un outil de dépistage de la BN et de l'HB validé en anglais depuis 1987, relativement court et simple à utiliser, sa version française est souvent employée en clinique et lors d'études.

L'objectif de cette thèse était d'évaluer la faisabilité et l'utilité du B.I.T.E auprès des médecins de soins primaires français pour dépister un TCA chez leurs patients DT2.

Méthode: Il s'agissait d'une étude quantitative, observationnelle et descriptive. Des questionnaires informatisés, à l'aide du logiciel Lesphinx, ont été envoyés, de manière aléatoire, à un échantillon de médecins généralistes dans 3 départements de la région PACA (Bouches-du-Rhône, Var et Vaucluse). Les réponses étaient recueillies par le logiciel puis analysées selon une loi Normale avec un risque alpha de 5%.

Résultats: Le taux de réponse au questionnaire était de 32,4%. La majorité des médecins (81% :plutôt d'accord 56% (IC95%[46,27-65,73]) et tout à fait d'accord 25% (IC95%[16,51-33,49]) se déclarait favorable à l'utilisation du B.I.T.E lors de consultations dédiées. 70% (IC95%[61,02-78,98]) des médecins déclaraient se sentir tout à fait à l'aise d'aborder le sujet des TCA avec les patients. La majorité (une moyenne de 72%) des médecins étaient en faveur de l'utilisation de ce questionnaire en présence de patients souffrant d'obésité, de surpoids ou de diabète de type 2. En cas de B.I.T.E positif, 14% (IC95[7,20-20,80]) des médecins étaient tout à fait d'accord et 56% (IC95[46,27-65,73]) étaient plutôt d'accord avec le principe de modifier leur prise en charge médicale.

Conclusion: Les médecins généralistes sont favorables à l'emploi du B.I.T.E dans leur pratique quotidienne. Le diffuser à grande échelle permettrait un repérage et une prise en charge plus précoce des TCA chez les patients souffrant de diabète de type 2.

Mots clés: questionnaire B.I.T.E, troubles du comportement alimentaire, Hyperphagie Boulimique, Boulimie Nerveuse, Diabète de type 2, soins primaires, dépistage.

Abstract

Background : In France, in 2016, 3.3 million people were taking medication for their type 2 diabetes (5% of the population). On the other hand, WHO estimates that more than 80% of the type 2 diabetes is attributable to obesity and overweight. It's a major global health problem that the scientific community calls a "21st century epidemic".

The traditional management of the type 2 diabetic patient focuses on the adoption of favorable lifestyle changes (balanced diet, fight against a sedentary lifestyle, regular physical activity). However, other factors must be taken into account in these patients, in particular the frequency of eating disorders, including binge eating and bulimia nervosa.

Several studies estimate that 10 to 40% of type 2 diabetics would meet the diagnostic criteria of a ED. HB would be the most commonly observed ED in these patients, with a prevalence ranging from 2 to 25% depending on the studies.

The B.I.T.E is a BN and HB screening tool validated in English since 1987; relatively short and simple to use, its French version is often used in clinical and during studies.

The aim of this thesis was to evaluate the feasibility and usefulness of the B.I.T.E with French primary care physicians to screen for ED in their DT2 patients.

Method: It was a quantitative, observational and descriptive study. Computerized questionnaires, using the Lesphinx software, were randomly sent to a sample of general practitioners in 3 departments of the PACA region (Bouches-du-Rhône, Var and Vaucluse). The answers were collected by the software and then analyzed according to a Normal distribution with an alpha risk of 5%.

Results : The response rate to the questionnaire was 32.4%. The majority of physicians (81%: somewhat agree 56% (95% CI [46,27-65,73]) and strongly agree 25% (95% CI [16,51-33,49]) favored the use of BITE in dedicated consultations, with 70% (95% CI [61.02-78.98]) of physicians reporting that they feel comfortable approaching the topic of ACT with patients. The majority (an average of 72%) of physicians were in favor of using this questionnaire in the presence of patients suffering from obesity, overweight or type 2 diabetes. In case of positive BITE, 14% (IC95 [7.20-20.80]) of doctors strongly agreed and 56% (IC95 [46.27-65.73]) were in agreement with the principle of modify their medical care.

Conclusion : GPs are in favor of using B.I.T.E in their daily practice. Large scale dissemination would allow earlier identification and management of ED in patients with type 2 diabetes.

Keywords : B.I.T.E questionnaire, eating disorders, binge eating, bulimia nervosa, type 2 diabetes, primary care, screening.

Introduction

En France, en 2016, 3,3 millions de personnes prenaient un traitement médicamenteux pour leur diabète de type 2 (soit 5% de la population). Cette prévalence ne cesse d'augmenter en France et dans les sociétés occidentales, parallèlement à l'augmentation de l'obésité, et particulièrement chez les hommes, les jeunes (<20 ans) et les plus âgés (>80 ans). [1]

L'OMS estime à environ 80 % la fraction du diabète de type 2 attribuable à l'obésité et au surpoids.[2] Le diabète de type 2 touche aussi de plus en plus de jeunes, y compris des adolescents, voire des enfants. C'est précisément la période durant laquelle s'acquièrent les habitudes alimentaires.

La prise en charge traditionnelle du patient diabétique de type 2, est axée sur l'adoption de modifications favorables du mode de vie (alimentation équilibrée, lutte contre la sédentarité, activité physique régulière). Cependant d'autres facteurs doivent être pris en compte chez ces patients, en particulier la fréquence des TCA, dont l'hyperphagie boulimique et la boulimie nerveuse.

Plusieurs études estiment que 10 à 40% des diabétiques de type 2 répondraient aux critères diagnostiques d'un TCA. [3] L'HB serait le TCA le plus souvent observé chez ces patients, avec une prévalence variant de 2 à 25% selon les études [4],[5]

La présence d'un TCA est très souvent la cause de l'inefficacité du traitement diététique du patient obèse, il est donc nécessaire de la dépister précocément. [37]

De nouvelles recommandations ont été rédigées en juin 2010 par l'HAS afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge de l'HB et la BN [7].

Il existe des outils, néanmoins peu connus, pour le dépistage de ces troubles, tels que le questionnaire auto-administré B.I.T.E, fiable et simple d'utilisation avec une version française non validée.

Il est démontré que le repérage précoce de ces troubles améliore le pronostic et la qualité de vie des patients en permettant d'anticiper l'ancrage de ces habitudes alimentaires pathologiques et du déni chez les patient(e)s.

Le médecin généraliste par son rôle de prévention et de dépistage est le pilier central de cette détection et de la prise en charge qui en découle [7].

Or des études rapportent que la majorité des médecins généralistes ne dépistent pas les TCA, même dans les populations à risque. D'autre part, ils ne se sentent pas dans la capacité de traiter les TCA et pensent que le pronostic en est toujours mauvais. [49]

Toutefois, la prise en charge médicale des TCA est souvent complexe et chronophage. Elle est multidisciplinaire et demande souvent l'appui d'un réseau solide.

I. Les TCA: Le contexte actuel, définition, étiopathogénie, outils de dépistage et traitements

1. Le contexte actuel

1.1. L'image du corps dans les sociétés occidentales

Les sociétés occidentales incitent à penser que pour parvenir au succès et à la réussite professionnelle, sociale et émotionnelle, il est nécessaire d'être physiquement attractif. Les critères de «beauté» dictés semblent avoir un dénominateur commun pour les hommes comme pour les femmes : la maigreur [46]

Ce caractère normatif est largement véhiculé par les médias et semble être renforcée par le phénomène d'épidémie d'obésité qui touche les pays développés. Il déclenche une crainte de grossir et de faire partie de cette population obèse à risque cardio-vasculaire élevé et mortel. En conséquence, tout excès de poids est stigmatisé car il engendre des répercussions néfastes sur la santé, mais surtout il ne permet pas de se conformer à la norme sociale d'apparence physique.[46]

L'individu, évoluant dans cet univers de pression médiatique et sociétal perpétuel, associe l'excès de poids à un obstacle au succès et au bonheur.

De plus, la période de l'adolescence est une période particulièrement sensible car l'identité se construit et le regard d'autrui prend de l'importance. Or les TCA du type HB et BN apparaissent en moyenne vers la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte.

On observe, parmi les études réalisées au cours des dernières années, une modification des préoccupations au sujet du poids, une insatisfaction face à l'image du corps et une utilisation abusive de régimes pour perdre du poids déjà tôt chez les jeunes adultes. Ce phénomène touche majoritairement les femmes.(exemples d'études: En Suisse, l'étude SMASH de 2002; Enquête suisse sur la santé de 2007; Au Québec: Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011)

Ces études viennent souligner la présence et la croissance d'une problématique liée à la préoccupation démesurée autour du poids et de l'image corporelle présente dans les sociétés occidentales.

Dans ce contexte, il est utile d'évoquer la restriction cognitive («dietary restraint»), décrite en 1975, qui désigne l'attitude des sujets qui limitent délibérément leur consommation alimentaire dans le but de perdre du poids ou pour éviter d'en prendre.[52]

Initialement observé chez les patients obèses, ce comportement avait été interprété comme un facteur prédisposant au développement de l'obésité parce qu'il s'accompagne d'une augmentation paradoxale de la consommation alimentaire dans certaines conditions.

Par la suite, il a été démontré que ce pattern alimentaire n'est pas spécifique des obèses mais qu'il s'observe chez les individus qui suivent ou ont suivi un régime, quel que soit leur poids, et qu'il est la conséquence des régimes. [52]

Ce désir de maigrir et l'utilisation de régimes souvent inadaptés car trop restrictifs laissent présumer qu'un terrain très propice au développement futur de comportements alimentaires problématiques est en train de se créer.[47]

1.2. Les concepts d'alimentation émotionnelle et de dépendance à la nourriture

Un nombre croissant de travaux ont démontré des liens entre l'alimentation dite émotionnelle (le fait de moduler la prise alimentaire en réponse à un ressenti émotionnel plutôt qu'à celui de la faim ou de la satiété), des difficultés à réguler son alimentation et le poids.

Dans le domaine de l'obésité et du surpoids, l'alimentation émotionnelle et l'addiction à la nourriture (la possibilité de développer une addiction vis-à-vis d'aliments riches en sucre, en graisse et/ou en sel) sont des facteurs de risque potentiels de prise de poids, mais leurs mécanismes explicatifs exacts restent à élucider.

Dans une étude de grande envergure, menée auprès d'une population importante d'étudiants français (incluant 1051 étudiants), les auteurs faisaient l'hypothèse que la relation entre détresse émotionnelle et prise de poids pourrait être expliquée par deux variables dites «médiatrices»: l'alimentation émotionnelle et l'addiction à l'alimentation. Les résultats mettaient en évidence une association significative entre stress perçu, anxiété/dépression, alimentation émotionnelle et addiction à l'alimentation. Ils démontraient également que les personnes présentant des niveaux d'alimentation émotionnelle et d'addiction à l'alimentation plus élevés avaient des risques plus importants d'avoir des problèmes de surpoids ou d'obésité, tant chez les hommes que chez les femmes.[47]

La recherche actuelle s'oriente vers un modèle bio-psycho-social proposant l'existence d'une association étroite entre la régulation homéostatique de la prise alimentaire et de l'humeur. Le concept d'alimentation émotionnelle s'inscrit dans ce champ théorique. [48]

Celui plus récent, d'addiction à l'alimentation postule qu'il est possible de développer une relation de dépendance vis-à-vis de certains aliments. Ce concept se base sur l'hypothèse que certains nutriments ou certains comportements en lien avec la prise alimentaire activeraient

les mêmes circuits neurobiologiques que ceux impliqués dans les addictions aux substances (activation du circuit de la récompense et du système des endorphines notamment).[51]

Certains auteurs considèrent l'hyperphagie boulimique et l'addiction à la nourriture comme un continuum de sévérité: l'addiction à la nourriture ne serait pas une entité distincte de l'hyperphagie boulimique mais plutôt un sous-type sévère de celle-ci, fortement marqué par la composante impulsive.[52]

La possibilité d'un lien entre addiction à la nourriture et existence de TCA reste donc un sujet encore débattu.

2. Définition et étiopathogénie

Les TCA se définissent par l'association durable de perturbation du comportement alimentaire, de troubles de la perception de l'image corporelle et d'obsessions quant au poids et à l'alimentation.

Il existe plusieurs catégories de TCA [2] mais le **DSM-V** en reconnaît **3 grands groupes** :

- **L'Anorexie Mentale (AM)**

- **La Boulimie Nerveuse**

- **L'Hyperphagie Boulimique** («Binge Eating Disorder»)

L'anorexie mentale avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatif ne sera pas traitée dans ce sujet car nous allons nous intéresser à la boulimie nerveuse et à l'hyperphagie boulimique plus représentées chez le DT2.

Par ailleurs, il existe d'autres entités **non reconnues** par le DSM-V, telles que:

- **Les TCA non spécifiés** (atypiques) : regroupant les formes **sub-syndromiques** de l'AM et de la boulimie, pour lesquelles on ne retrouve qu'une partie des critères diagnostiques.
- **Le Craving** correspond aux compulsions alimentaires. C'est une consommation impulsive (de **survenue brutale**) **en dehors des repas** d'un aliment ou d'une catégorie d'aliments en réponse à une **envie** plutôt qu'à une réelle sensation de faim.
- **Le « night eating syndrome »** correspond à une hyperphagie nocturne survenant au moment des **phases d'endormissement ou d'éveil nocturne**.

- **Le grignotage** et la fringale de produits sucrés correspond à l'ingestion répétée et presque automatique de **petites quantités** d'aliments divers et variés **en dehors** des repas habituels sans répondre à une sensation de faim ou d'appétit.

Les **TCA de type boulimique** font référence aux affections suivantes :

- La **boulimie** (bulimia nervosa) décrite depuis 1979 et intégrée au DSM depuis sa 3^e version
- L'**hyperphagie boulimique** ayant fait son apparition en 1994 et officiellement décrite dans le DSM-V depuis 2013.
- Les troubles des conduites alimentaires non spécifiés avec comportements boulimiques (TCA-NS : fréquence des crises moindres ou absence de certains critères). Ils correspondent à des formes partielles de boulimie.

Etiopathogénie :

L'étiopathogénie des TCA est à ce jour encore mal connue. Ils sont d'origines **multifactorielles** et en lien avec :

- des **facteurs de vulnérabilités** («terrain» génétique et/ou anomalies biologiques préexistantes),
- des **facteurs déclenchants** (régimes alimentaires stricts, événements de vie majeurs, puberté et œstrogènes),
- des **facteurs d'entretien** (déséquilibres biologiques induits par le trouble, bénéfices relationnels sur l'environnement, «bénéfices» psychologiques).

Voici quelques exemples d'éléments retrouvables dans les situations de troubles alimentaires ; ils ne sont ni exclusifs, ni exhaustifs.

Certains de ces facteurs peuvent déclencher le trouble, voire l'entretenir.

➤ **Les facteurs biologiques et génétiques:**

Il existerait une possible prédisposition génétique aux TCA: en partie des anomalies au niveau des neurotransmetteurs régulant l'appétit et l'humeur. Ce champ de recherche est en plein développement.

Au niveau biologique et physiologique, la personne malade peut présenter certains des facteurs suivants:

- Problèmes de poids, obésité dans l'enfance
- Puberté précoce

- Antécédents familiaux de dépression, d'anxiété, de troubles de l'alimentation.

➤ **Les facteurs psychologiques :**

La personne qui souffre de TCA peut présenter certaines des caractéristiques psychologiques suivantes qui, combinées à d'autres facteurs de vulnérabilité, vont favoriser l'apparition du trouble.

- Mauvaise estime de soi et image de soi
- Souci de réussite et de performance, perfectionnisme
- Difficulté à s'affirmer
- Très forte sensibilité, intolérance aux émotions
- Événement traumatique (**carences affectives, violence, abus, maltraitements, etc.**)

➤ **La sphère familiale et l'abord des émotions dans le cadre familial :**

Sans pour autant dresser un «profil-type», il existe différentes caractéristiques potentiellement présentes au sein de la famille d'une personne souffrant d'un TCA. En voici quelques unes ci-dessous :

- Difficultés à communiquer et à exprimer ses émotions
- Difficultés à se séparer, gestion délicate des distances
- Évitement des conflits
- Manque d'ouverture sur l'extérieur
- Importance de l'apparence
- Absence d'autonomie de la personne dans sa famille
- Parentification (inversion des rôles parents-enfants – l'enfant doit assumer des responsabilités d'adulte)
- Grandes attentes et tendance à souligner les performances
- Préoccupations propres des parents autour du poids et de l'alimentation

➤ **Les facteurs développementaux**

L'adolescence est considérée comme une période particulièrement à risque; c'est à ce moment-là que se déclenchent une grande partie des troubles alimentaires. Il est important de réagir tôt, pour éviter que la maladie ne s'installe durablement.

A l'adolescence, beaucoup de choses vont se jouer autour du corps, de l'image de soi et de son identité, ainsi que de l'accès à l'autonomie. Ce sont des questions également centrales dans les TCA.

Adolescence et puberté sont deux phénomènes étroitement liés.

La puberté marque l'adolescence par des transformations biologiques et anatomiques importantes menant à la capacité de reproduction, pouvant générer des contextes d'angoisse.

La biochimie du changement pubertaire n'affecte pas seulement le corps de l'adolescent, elle modifie aussi son monde interne, ses affects, ses émotions.

L'adolescence est le processus psychique qui permet d'intégrer les changements induits par la puberté. Il n'y a pas d'adolescence sans crise car celle-ci est le témoin d'une période sensible du développement. Cette phase de crise va nécessiter des remaniements psychiques chez le jeune mais aussi dans sa famille.

L'adolescent va osciller entre des efforts pour maîtriser son corps et des phases de régression. Il oscillera aussi entre le désir d'autonomie en s'affranchissant de ses parents, et le besoin de retour au cocon familial, d'où l'image du jeune «ni enfant ni adulte», mais entre deux. Cette phase d'adolescence plonge le jeune dans des émotions intenses de peurs, doutes, honte, incertitude etc.

Depuis quelques décennies, la puberté se fait de plus en plus tôt, et l'on observe l'apparition de TCA à des âges encore plus précoces.

➤ **Cadre culturel et social**

Les troubles alimentaires se sont développés essentiellement dans les sociétés de type occidental où la nourriture est abondante et où, paradoxalement, la minceur, le contrôle de son apparence et de son poids sont associés à l'idée de beauté, de performance, d'efficacité et de réussite. Certaines contraintes se retrouvent parmi les contextes culturels et sociaux dans lesquels on constate davantage de TCA, en voici quelques exemples :

- Pressions sociales
- Images du corps idéal
- Culte de la minceur
- Idéal de perfection
- Régimes

Certains milieux reconnus pour leurs exigences au niveau de l'apparence, de la minceur et de la performance physique, regroupent un nombre de personnes souffrant d'un trouble alimentaire au-dessus de la moyenne.

Ce sont par exemple et de manière non exhaustive: le mannequinat, la danse classique, le patinage artistique, la natation ou d'autres milieux sportifs.

La survenue d'un TCA a également un impact sur des phénomènes biologiques, psychologiques, et familiaux. Ces interactions réciproques entre causes et conséquences participent au maintien du trouble.

De plus, des études scientifiques internationales ont montré que:

- Les troubles psycho-traumatiques (PTSD) sont fréquemment associés à des TCA: anorexie, boulimie et hyperphagie boulimique (Vierling, 2015) ;
- Les **PTSD** augmenteraient le risque d'obésité, particulièrement chez les femmes et les enfants ayant subi des violences (Kubzansky LD, 2014, Masodkar, 2016) ;

- Les **expériences négatives de l'enfance** (ACE Adverse Childhood Experience), sont un facteur de risque majeur de présenter une obésité et des TCA à l'âge adulte, elles sont retrouvées dans 70% des cas d'obésité (études épidémiologiques de Felitti et Anda, 1998) ;
- Toutes les **violences subies dans l'enfance** (violences physiques, sexuelles et psychologiques) sont fortement associées à des TCA tout au long de la vie avec des Odds Ratios supérieurs à 3, les violences sexuelles étant plus spécifiquement associées à la boulimie et à l'hyperphagie boulimique (Caslini, 2016) ;
- Plus de 30% des victimes de **violences sexuelles** présentent des troubles du comportement alimentaires (IVSEA, 2015).

Dès lors, on peut comprendre que ces comportements, pouvant devenir progressivement permanents, puissent venir compliquer les pathologies préexistantes voir précipiter les patients dans certaines pathologies métaboliques. (Obésité, diabète...)

3. Boulimie nerveuse

3.1. Histoire

Le terme de boulimie est dérivé du grec « bous », qui veut dire bœuf et « limos » qui veut dire faim, sous entendue « une faim de bœuf ». Les premières descriptions sont apparues dans l'Antiquité, puis sont devenues plus précises à partir du XIXème siècle. Les critères diagnostiques précis n'ont été définis qu'en 1980 avec le DSM-III suite aux travaux réalisés par RUSSEL.

3.2. Définitions

La boulimie se caractérise par des épisodes **récurrents** d'hyperphagie **incontrôlée** (consommation de grosses quantités d'aliments) depuis plus de **3 mois** à raison de **deux crises par semaine**. (Critère C de la classification du DSM-V)

Selon le **DSM-V** les critères diagnostiques de la boulimie sont :

- une crise de Boulimie répond aux **deux caractéristiques** suivantes :
 - l'absorption en une **période de temps limitée** (par exemple moins de deux heures), d'une **grande quantité** de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.

- le sentiment d'une **perte de contrôle** sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de 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.
 - On note la présence de **comportements compensatoires inappropriés et récurrents** visant à prévenir la prise de poids tels que: des vomissements provoqués, l'emploi abusif de laxatifs, de diurétiques, de lavements, ou autres médicaments, le jeûne, l'exercice physique excessif.
- Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins **2 fois par semaine pendant 3 mois**.
 - L'**estime de soi** est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
 - Le trouble ne survient pas uniquement pendant les périodes d'anorexie mentale.

Le degré de sévérité du trouble dépend de la fréquence des comportements compensatoires.(APA 2013)

La boulimie peut se qualifier de:

- **légère** (1 à 3 par semaine),
- **moyenne** (4 à 7 fois par semaine),
- **grave** (8 à 13 fois par semaine)
- **d'extrême** (14 fois et plus par semaine)

3.3. Prévalence

Selon les études internationales, la prévalence vie entière de la boulimie selon les critères du DSM-IV est de 1 à 3 % chez les femmes et de 0,1 % et 0,5 % chez les hommes.[7] Si on applique la nouvelle définition du DSM-V (la fréquence des crises de boulimie varie de trois à une par semaine) alors la prévalence de la boulimie augmente d'environ un tiers.

Les formes partielles de boulimie sont 2 à 3 fois plus fréquentes que la boulimie. Si elles sont moins sévères en apparence, ces formes sont des facteurs de risque aussi sévères que la boulimie pour la survenue de troubles physiques et psychiques à l'âge adulte.

L'âge de début moyen de la boulimie est de 18 ans avec une possible augmentation de l'incidence chez les 15-19 ans.

3.4 Incidence

Les données sont assez rares. En population générale, l'incidence de la boulimie est de l'ordre de 200 pour 100 000 personnes-années avec un pic d'incidence entre 16 et 20 ans [7].

En soins primaires l'incidence de la boulimie varie dans 3 études entre 6,6 et 12,2 pour 100 000 habitants par an. La plus grande incidence était observée dans la tranche 10-19 ans (40 pour 100 000 habitants par an). En soins primaires en Hollande, l'incidence de la boulimie était environ 2,5 fois plus importante en zone urbaine qu'en zone rurale, et cinq fois plus dans les grandes villes. Seuls 6 % des sujets souffrant de boulimie en population générale consulteraient en psychiatrie et 12 % consulteraient en médecine générale [7].

Il existe peu de données épidémiologiques françaises.

D'après les données disponibles, la boulimie toucherait 1,5 % des 11-20 ans. Les crises de boulimie concerneraient 28 % des adolescentes et les stratégies de contrôle du poids 19% [7].

3.5. Sémiologie

Début	<ul style="list-style-type: none">• Surtout chez la femme jeune de bon niveau intellectuel et/ou social.• Débute souvent dans les suites d'un <u>régime restrictif</u> et/ou à la suite de vomissements.• Peut aussi débiter secondairement à un traumatisme ou une perte.
La crise de boulimie	<ul style="list-style-type: none">• Débute par un phénomène de « <u>craving</u> », c'est-à-dire une compulsion irrépressible et angoissante de faim.• Conduisant à l'absorption d'une quantité anormalement élevée et rapide, très difficile à contrôler.• Les aliments consommés sont principalement <u>hypercaloriques</u> (gras et sucres), mais tous types d'aliments peuvent être consommés.• Le patient termine le plus souvent sa crise par un vomissement provoqué avec sensation de soulagement (lutte contre la prise de poids, et pesanteur gastrique) auquel s'associe souvent une fatigue intense avec somnolence.• Il existe, parfois dès le début de la crise ou même avant, un sentiment intense et douloureux de <u>culpabilité</u>.• Le patient a <u>conscience</u> de son trouble et en souffre.

Stratégies de contrôle du poids	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Vomissements provoqués</u> : la plus fréquente des stratégies de contrôle, non systématique. Ils sont généralement cachés et en lien avec la peur de la prise de poids dans les suites des crises. • Consommations de <u>laxatifs</u> pouvant aboutir à des troubles fonctionnels digestifs et une hypokaliémie. • Prises de <u>diurétiques</u>. • <u>Restriction alimentaire</u> « inter-crise », visant à compenser les apports caloriques des crises (mais attention, la boulimie est à poids normal). • On observe très souvent des fluctuations pondérales rapides de l'ordre de 2 à 5 kg par semaine.
Distorsions cognitives	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Trouble de l'image du corps</u> avec préoccupations concernant le poids et les formes corporelles. • Envahissement et peur excessive de prendre du poids. • Phénomène de renforcement négatif lié à la culpabilité.
Dysménorrhée	<ul style="list-style-type: none"> • Dysménorrhée secondaire ou troubles des cycles menstruels possibles, • même si la patiente est normo-pondérée. Peuvent exceptionnellement être observées une aménorrhée secondaire et une ostéoporose.
Traits associés	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Symptômes anxio-dépressifs</u>, voire comorbidités avec un trouble anxieux généralisé ou un épisode dépressif caractérisé. • Les tentatives de suicide sont fréquentes. • Possible association avec des troubles <u>addictifs</u> et des troubles du contrôle des impulsions (auto-mutilations, kleptomanie...). • Trouble de la personnalité de type borderline. • Forte impulsivité et difficultés dans la gestion des émotions. • Dysfonction sexuelle.

Retentissement	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome pseudo-occlusif. • Hypertrophie des glandes salivaires, érosions dentaires, <u>œsophagites</u> peptiques et syndrome de Malory-Weiss. • Prise de poids (voire exceptionnellement obésité). • Mauvais états nutritionnels, voire dénutrition. • Ostéoporose, notamment si aménorrhée. • Ingestion de corps étrangers au cours des vomissements provoqués. • Troubles hydroélectrolytiques (hyponatrémie, <u>hypokaliémie</u>, hypercalcémie). • Insuffisance rénale fonctionnelle et œdèmes, surtout associées aux vomissements.
-----------------------	--

3.6. Diagnostiques différentiels et comorbidités

3.6.1. Diagnostiques différentiels

- Certaines **tumeurs cérébrales** et formes **d'épilepsies** ;
- **Syndrome de Klein-Levin** (associant hypersomnie périodique et hyperphagie) ;
- **Syndrome de Klüver-Bucy** (agnosie visuelle, hyper-oralité, hyper-sexualité et hyperphagie) ;
- Épisode dépressif **caractérisé** ;
- Trouble de la personnalité de type **borderline**,
- **Hyperphagie boulimique** (BED), qui souffre aussi d'épisode de frénésie alimentaire, **mais sans comportement compensateur, d'où l'association quasi systématique avec une obésité** ;
- **Anorexie mentale** de type **accès hyperphagiques/purgatif**.

3.6.2. Comorbidités et risques suicidaires

- **Troubles addictifs** dans 30 à 40 % des cas (alcool, tabac, médicaments anxiolytiques) ;

- **Épisodes dépressifs caractérisés**, très fréquents,
- **Trouble bipolaire**, plus rarement ;
- Trouble de la personnalité type **borderline ou état limite** (avec comportements auto-agressifs et tentatives de suicide) ;
- **Troubles anxieux et phobie sociale.**

De plus, le fait de présenter les critères de boulimie ou d'hyperphagie boulimique à **l'adolescence** augmente le risque de dépression, de troubles anxieux et d'obésité à l'âge adulte. [7]

4. Hyperphagie boulimique

4.1. Histoire

L'hyperphagie boulimique, initialement décrite par Stunkard dans les années 1950, refait son apparition en 1994 et est officiellement représentée dans le DSM-V depuis 2013. L'hyperphagie boulimique a souvent été considérée comme une forme de boulimie sans conduite compensatoire. Ce trouble est devenu dans le DSM-V une entité à part entière. Les études les plus récentes tendent à démontrer l'existence de cette maladie en tant qu'entité particulière, avec une physiopathologie propre, et dont certaines composantes sont assez proches des addictions.

4.2. Définition

L'HB se caractérise par des épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence de comportements compensatoires. L'apport excessif de calories lors de ces crises explique que les personnes hyperphagiques soient généralement en surpoids ou obèses.

Critères DSM-V

- **Épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée :**

- prises alimentaires largement **supérieures** à la moyenne, par exemple **en moins de 2 h.**

- associées à une impression de **perte de contrôle** des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter.

Ces épisodes sont associés avec au moins 3 des éléments suivants :

- manger beaucoup **plus rapidement** que la normale,
- manger jusqu'à éprouver **une sensation pénible de distension abdominale**,
- manger de grandes quantités de nourriture **en l'absence d'une sensation physique de faim**,
- **manger seul parce que l'on est gêné** de la quantité de nourriture que l'on absorbe,
- se sentir **dégoûté de soi-même**, déprimé ou très coupable après avoir mangé.
- **Détresse marquée** en lien avec l'existence de cette hyperphagie.
- Les épisodes d'hyperphagie se produisent **au moins 1 fois par semaine pendant au moins 3 mois consécutifs**.
- Le trouble **n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés** comme c'est le cas dans des épisodes de boulimie et ne survient pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.

Le degré de sévérité du trouble dépend de la fréquence des comportements compensatoires.(APA 2013)

L'hyperphagie boulimique peut se qualifier de:

- **légère** (1 à 3 par semaine),
- **moyenne** (4 à 7 fois par semaine),
- **grave** (8 à 13 fois par semaine)
- **d'extrême** (14 fois et plus par semaine)

4.3. Prévalence

Sa prévalence sur la vie entière est estimée autour de 3-5 %. Le sex-ratio est moins déséquilibré que pour les autres TCA (environ 1 homme pour 2 femmes). Selon diverses études, près de 30 à 50 % des personnes souffrant d'obésité souffriraient également d'hyperphagie boulimique.[7]

l'hyperphagie boulimique apparaît souvent à l'âge adulte (âge de début médian 21 ans), et ce, tant chez les hommes que chez les femmes.[7]

Les patients souffrant d'hyperphagie boulimique consultent encore moins que dans les autres troubles du comportement alimentaires. Cependant, ces patients consultent plus souvent un

généraliste ou un nutritionniste pour les conséquences de leur surpoids : trouble cardiovasculaire, dyslipidémie, DNID, apnée du sommeil...

4.4. Incidence

Il n'existe aucune donnée précise à ce jour.

4.5. Sémiologie

Début	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Traumatisme ou abus sexuel</u> se retrouvent plus souvent dans les antécédents. • <u>régimes sont souvent secondaires au début des troubles, à l'inverse de l'anorexie mentale ou de la boulimie.</u>
L'accès hyperphagique	<ul style="list-style-type: none"> • Phénomène de « craving » très important, avec sensation de faim compulsive et irrépressible. • <u>Conscience du trouble</u> avec souffrance psychique importante.
Distorsions cognitives	<ul style="list-style-type: none"> • «Illusion de contrôle», avec comportement rigide d'hyper-contrôle, alternant avec des phases de transgression et de compulsions: la restriction cognitive. • Confusion entre les signaux émotionnels, d'anxiété et de faim. • Renforcement négatif lié à la culpabilité.
Traits associés	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Symptômes anxio-dépressifs</u>, voire comorbidités avec un trouble anxieux généralisé ou un épisode dépressif caractérisé. • Possible association avec des troubles addictifs et des troubles du contrôle des impulsions (auto-mutilations, kleptomanie...). • Troubles de la personnalité. • Forte impulsivité et difficultés dans la gestion des émotions. • Dysfonction sexuelle

Retentissement	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Troubles digestifs</u> : halitose, reflux gastro-oesophagien, ballonnements et douleurs abdominales, alternance diarrhée-constipation... • <u>Stéatose hépatique</u>. • Répercussions indirectes : <u>complications de l'obésité</u>. • Mauvais états nutritionnels, voire dénutrition. • Hypo-fertilité voire infertilité.
-----------------------	---

4.6. Diagnostiques différentiels et comorbidités

4.6.1. Diagnostiques différentiels

Les diagnostics différentiels sont à peu près les mêmes que pour la boulimie :

- **Tumeurs cérébrales, épilepsies,**
- **Boulimie nerveuse ;**
- **Obésité métabolique** ou génétique ;
- **Épisode dépressif caractérisé et troubles bipolaires ;**
- **Troubles de la personnalité** de type borderline et évitante-dépendante.

4.6.2. Comorbidités et risques suicidaires

- **Troubles bipolaires** et **épisode dépressif caractérisé**.
- **Troubles anxieux** et **phobie sociale**.
- Les **troubles addictifs**, mais moins fréquentes que dans la boulimie.
- Le **risque suicidaire** semble plus faible que dans les autres TCA, mais non nul.

De plus, le fait de présenter les critères de boulimie ou d'hyperphagie boulimique à **l'adolescence** augmente le risque de dépression, de troubles anxieux et d'obésité à l'âge adulte. [7]

5. Outils diagnostiques et dépistage

Des questionnaires ont été élaborés pour effectuer un dépistage et une évaluation des TCA tels que répertoriés dans le DSM-IV.

Actuellement, plusieurs outils existent pour dépister les troubles des conduites alimentaires.

Ils ont été élaborés et validés initialement en anglais, puis ont été traduits en français et sont utilisés dans la pratique professionnelle des psychiatres, psychologues et d'autres spécialistes des TCA. Certains diététiciens spécialisés y ont recours, pour dépister ou confirmer un trouble des conduites alimentaires chez leurs patients. De plus, ils représentent des outils reconnus scientifiquement permettant de valider leurs évaluations auprès d'autres professionnels.[37]

5.1. Les types d'évaluations

Il existe deux types d'évaluations pour rechercher/diagnostiquer un TCA, chacune comportant leurs avantages et leurs inconvénients.

- Les entretiens diagnostics semi-structurés/structurés,
- Les questionnaires auto-administrés

5.1.1. Les entretiens diagnostiques

L'entretien est mené par un médecin, de préférence formé, durant lequel le patient doit répondre à des questions posées par le praticien.

On distingue les entretiens:

- Structurés («respondent-based»): recueil des réponses du patient sans interprétation possible par le praticien,
- Semi-structurés («interviewer-based»): possibilité d'interprétation des réponses du patient par le clinicien en fonction d'autres éléments cliniques pertinents pendant l'entretien.

5.1.1.1. avantages/inconvénients

- Les avantages de cette méthode sont le caractère exhaustif du recueil des données, et peu de risque de questionnaires incomplets;

Ils sont réalisés par des praticiens expérimentés, avec la possibilité d'expliquer des questions au patient;

Il en résulte moins de « fausses réponses » de la part du patient dues à la présence du praticien.

- Les inconvénients de cette méthode résident dans le fait qu'elle soit relativement chronophage et nécessite la formation préalable des praticiens;

La présence du praticien peut, également, influencer les réponses des patients et la qualité de l'entretien est opérateur dépendant (manière de poser/expliciter les questions).

Quelques exemples d'entretiens semi-structurés utilisés dans les TCA :

- **EDE: « Eating Disorder Examination »**

Entretien semi-structuré créé en 1987 par Cooper et Fairburn, il est très utilisé dans les TCA, mais n'est pas traduit en français.

Il comporte 4 champs d'évaluation:

- comportement alimentaire restrictif
- préoccupations sur l'alimentation
- préoccupations sur la silhouette
- préoccupations sur le poids,

Avec des items évaluant la sévérité et la fréquence des TCA.

- **ESSCA: « Évaluation semi-structurée des comportements alimentaires »**

Initialement, il s'agit d'un outil d'évaluation, principalement, de l'hyperphagie boulimique, écrit en français, (selon les critères du DSM-4) proposé par une équipe médicale suisse en 2001 puis réactualisé 10 ans après selon les critères du DSM-5.

Il est constitué de trois parties et comprend dix-neuf items. L'utilisation des deux premières parties sur les déterminants de la prise alimentaire et les comportements alimentaires problématiques est recommandée lors de l'évaluation de tout patient ayant un problème de surpoids.

La troisième partie est optionnelle et à utiliser en fonction des observations issues des deux premières parties. Elle permet de détecter la présence de TCA possiblement associés à un excès de poids, plus particulièrement l'HB mais aussi le «Night eating syndrome».

Une utilisation adéquate, nécessite de se référer au guide d'entretien qui accompagne l'ESSCA.

5.1.2. Les questionnaires auto-administrés

Ils sont remplis par le patient sans l'aide du médecin en 5-15min.

5.1.2.1. avantages/inconvénients

Leurs avantages sont qu'ils permettent un recrutement facile et rapide d'un grand nombre de patients; ils sont faciles à standardiser et à interpréter, en général ce sont des questionnaires courts.

Leurs faiblesses sont liées à des risques de sur ou sous-estimation des symptômes par les patients et de difficultés pour évaluer des situations plus complexes en raison d'un manque de questions ouvertes. Enfin, des problèmes de compréhension des questions de la part des patients sont possibles.

Quelques exemples de QAA utilisés dans les TCA:

- **B.I.T.E: « Bulimic Investigatory Test, Edinburgh »**

Crée en 1987 par Henderson et Freeman; c'est un QAA de 33 items, traduit en français par la suite, permettant le dépistage des TCA du type boulimie nerveuse et hyperphagie boulimique. Seule la version anglaise d'origine est validée.

Il se compose de deux sous-échelles:

- **l'échelle de Symptômes** (30 éléments), qui mesure le **degré de symptômes**,
- **l'échelle de gravité** (3 éléments: **items 6,7 et 27**), qui fournit un **indice de la gravité** définie par la fréquence des comportements de consommation excessive.

Le score total de toutes les questions vous donnera un **score symptomatique**:

- un **score de > 15** indique que vous avez beaucoup des pensées et des attitudes compatibles avec un trouble de l'alimentation.

Le score total pour les **questions 6, 7 et 27** vous donnera un **indice de sévérité**:

- une **note de >5** signifie un trouble de l'alimentation.

Il est court et simple à utiliser, et possède une bonne fiabilité et une bonne validité pour évaluer les comportements boulimiques, incluant à la fois des patients souffrant de boulimie nerveuse et d'hyperphagie boulimique.

Pour sa version anglaise: consistance interne excellente pour le score de symptômes (0,96), et considérée comme «acceptable» pour le score de sévérité (0,62) [23])

Le questionnaire a été utilisé avec succès en tant qu'outil de dépistage permettant d'identifier les consommations excessives [2] dans de nombreux pays [3][23].

- **EDE-Q: « Eating Disorder Examination Questionnaire »**

Créé par Farburn et Beglin en 1994, ce questionnaire, élaboré sur la base de la trame d'entretien du EDE, est divisé en plusieurs sous scores :

- La restriction,
- les préoccupations alimentaires,
- les préoccupations par rapport à la forme corporelle
- les préoccupations liées au poids.

Il est traduit en français mais ne bénéficie d'aucune étude de validation. Ce QAA est inadapté pour évaluer la présence de l'HB car il n'évalue ni les sous-seuils de la crise de boulimie, ni les compulsions alimentaires.[37]

- **SCOFF: « Sick Control One stane Fat, Food »**

Très performant, c'est un QAA de dépistage rapide de 5 items, créé en 1999 afin de faciliter le repérage des patient(e)s souffrant d'anorexie mentale (AM) ou de boulimie nerveuse.

Au Royaume-Uni, il est couramment employé comme outil de dépistage par les médecins généralistes. Sa version française ayant été validée en 2008.

Il permet un dépistage de symptômes en faveur d'un TCA, si score supérieur ou égal à 2 avec une excellente valeur prédictive négative de 99% et une valeur prédictive positive de 65% :

Si le test est positif, il doit être complété par un entretien diagnostique structuré ou semi-structuré.

C'est un QAA de dépistage plus généraliste et moins spécifique des troubles boulimiques.

6. Prise en charge, traitements et organisation des soins.

La prise en charge doit être **globale** (psychiatrique et non-psychiatrique) et est souvent longue. Elle repose sur le contrat thérapeutique, la rééducation nutritionnelle ainsi que la psychothérapie.

Les **indications d'hospitalisation sont rares** et sont principalement guidées par les complications de l'obésité.

Les bilans, objectifs et principes de la prise en charge de l'hyperphagie boulimique sont aujourd'hui très proches de ceux de la boulimie.

Le **suivi nutritionnel** offert par un **nutritionniste** permet d'aborder les restrictions cognitives et caloriques, de recadrer les fausses croyances, de rétablir une alimentation équilibrée exempte de restrictions tout en retrouvant un rythme alimentaire basé sur l'écoute des signaux de la faim et de la satiété.

6.1. Buts et difficultés de la prise en charge d'un TCA.

6.1.1. Les Buts:

- S'accorder du diagnostic avec le patient;
- Casser les automatismes;
- Diminuer la fréquence des crises de boulimie;
- Transformer les crises en grignotages;
- Diminuer la fréquence des grignotages;

6.1.2. Les Difficultés:

- Situations complexes;
- Absence de conscience morbide chez le patient (déli);
- Initier et maintenir la motivation nécessaire au changement;
- Inadéquation des impératifs biomédicaux et du vécu du patient;
- Présence de comorbidités psychiatriques (70% des patients);

6.2. traitements Pharmacologiques

6.2.1 La Boulimie nerveuse

Un **traitement par antidépresseur de type ISRS (Fluoxétine à une dose plus élevée** que dans la dépression: 60mg/j) s'avère efficace chez environ la moitié des patients, permettant de diminuer transitoirement la fréquence et l'intensité des crises de boulimie.

L'association de la fluoxétine à la TCC n'a pas démontré de supériorité par rapport à la TCC seule.[7] Le taux de rechute à l'arrêt du traitement est très élevé et rend nécessaire son association à une psychothérapie.

6.2.2. L'Hyperphagie boulimique

La **prise en charge pharmacologique** n'est **pas** indiquée **en première intention** sauf s'il existe une pathologie psychiatrique associée.

D'autres traitements semblent montrer une efficacité pour la réduction des épisodes d'hyperphagie boulimique, mais ont plus d'effets secondaires: le topiramate, la naltrexone et l'ondansétron mais ils ne font pas encore partie des traitements médicamenteux de référence.

6.3. Les approches psycho thérapeutiques

Les deux méthodes ayant fait leur preuve chez les patients, et en particulier ceux présentant des niveaux élevés de psychopathologie des troubles de l'alimentation, tels que la surévaluation de la forme et du poids du corps, sont à l'heure actuelle:

6.3.1. La Thérapie Cognitivo-Comportementale

La TCC individuelle, de groupe ou familiale est reconnue pour son efficacité dans la prise en charge du TCA chez les patients souffrant ou non d'un diabète de type 2.

En effet, comparativement à d'autres modes de prise en charge, elle permet une amélioration de l'hémoglobine glyquée et une diminution du nombre de crises.[28]

6.3.2. La Thérapie inter-personnelle

Les thérapies du futur associeront certainement, à des mesures d'aide au changement du comportement alimentaire, des éléments de motivation à la pratique de l'activité physique [29].

6.4. Organisation des soins

Selon un recensement réalisé à partir des données du PMSI, MCO, SSR et de la VAP, les structures proposant une prise en charge spécialisée et formalisée (incluant des lits d'hospitalisation) sont insuffisamment nombreuses (**moins de 30 lieux de soins en France**). [34]

De plus, il existe des **disparités importantes de répartition** de ces structures sur le territoire.

Les services de **psychiatrie**, de **pédopsychiatrie**, de **pédiatrie**, de **nutrition des hôpitaux**, ainsi que les **cliniques psychiatriques**, assurent l'essentiel de cette prise en charge.

Les **consultations** principalement, et parfois l'hospitalisation, restent les soins les plus proposés, mais avec des délais d'attente relativement longs, de un à trois mois.

En revanche, **le recours à l'hospitalisation de jour ainsi qu'à l'approche nutritionnelle est peu pratiqué.**

D'autre part, des filières de soins adaptées et bien identifiées font actuellement gravement défaut (on dénombre officiellement pas plus de 8 associations locales ou régionales en France, de taille et d'activité variable).

Cette situation entraîne des parcours de soins chaotiques associant de manière prolongée une **errance** et un **nomadisme médical préjudiciables** en termes de **pronostic**. [34]

II. Diabète de type 2 et TCA

1. Le diabète de type 2

1.1. Définition

Le diabète de type 2 est une maladie évolutive, caractérisée par une insulino-résistance, combattue au début par une hypersécrétion d'insuline qui s'altère au fil du temps, avec à l'issue d'une quinzaine d'années d'évolution un malade insulino-pénique ayant besoin de l'apport d'insuline pour stabiliser sa glycémie.

Selon les critères proposés par l'OMS le diabète est défini par soit:

- Une glycémie $> 1,26$ g/l (7,0 mmol/l) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à deux reprises ;
- La présence de symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, amaigrissement) associée à une glycémie (sur plasma veineux) > 2 g/l (11,1 mmol/l) ;
- Une glycémie (sur plasma veineux) > 2 g/l (11,1 mmol/l) 2 heures après une charge orale de 75 g de glucose.

1.2. Etiopathogénie

Le diabète de type 2 est la forme la plus fréquente de diabète (90% des cas). Il se manifeste généralement à l'âge adulte, chez des individus de 40 ans et plus. On constate depuis quelques années son apparition chez des patients de plus en plus jeunes. Dans les populations à risque, il peut même apparaître dès l'enfance.

Avec la découverte de l'analyse génomique, des études d'association pan-génomique suggèrent la nature polygénique du DT2. Approximativement 75 gènes seraient susceptibles d'être liés au DT2 (exemples de locus de gènes: KCNJ11, TCF7L2, IRS1, MTNR1B, PPARG2, IGF2BP2 ...) mais également la composition du micro biote intestinale.[54]

Malgré le fait que la physiopathologie du DT2 n'ait pas encore été totalement élucidé, les études soulignent le fait que:

- La composante génétique tient une importance majeure dans l'apparition du diabète 2 associée à:
- La combinaison de facteurs environnementaux et d'autres risques tels que:
 - ✓ Le sexe : les hommes sont plus vulnérables que les femmes;
 - ✓ L'âge : le risque augmente après 45 ans et considérablement après 60 ans

- ✓ Le surpoids;
- ✓ Le tour de taille élevé, soit la graisse accumulée autour de l'abdomen;
- ✓ Le niveau d'activité physique ou sédentarité;
- ✓ Les habitudes alimentaires;
- ✓ les situations de stress psychique
- ✓ L'hypertension artérielle;
- ✓ Des glycémies anormalement élevées dans le passé;
- ✓ Macrosomie fœtale (naissance d'un bébé à terme de plus de 4,1kg);
- ✓ Le diabète gestationnelle, le syndrome des ovaires polykystiques;
- ✓ L'origine ethnique : africaine, asiatique, latino-américaine.
- ✓ Le niveau de scolarité.

1.3. Prévalence

1.3.1. En Générale

Il représente en France 92% des patients diabétiques, soit 3,7 millions de personnes en métropole)[1]. L'OMS estimait à environ 80 % la fraction du diabète de type 2 attribuable à l'obésité et au surpoids.

1.3.2. Selon le niveau socio-économique et le pays d'origine

L'association entre la prévalence du diabète et de l'obésité et la profession ou catégorie socioprofessionnelle existe, cette association étant plus forte chez les femmes que chez les hommes (prévalence du diabète et de l'obésité chez les femmes de 45 ans ou plus : 1,8 % et 6,8 % chez les cadres et professions supérieures, 7,4 % et 14,6 % chez les employées, 9,7 % et 20,8 % chez les ouvrières).[1]

L'obésité et la sédentarité sont des facteurs associés à un faible niveau socio-économique dans les pays industrialisés et ces facteurs sont aussi des facteurs de risque du diabète de type 2.[1] [19]

Il existe des inégalités dans la prévalence du diabète et de l'obésité selon le pays d'origine, en particulier chez les femmes de 45 ans et plus originaires du Maghreb (diabète 6,5 % origine France versus 16,6 % origine Maghreb et obésité 14,3 % origine France versus 26,2 % origine Maghreb).

Ces inégalités traduisent l'**impact probable du risque génétique**, fortement présent chez certains migrants (qui sont souvent plus pauvres), le DT2 résultant d'une **interaction forte entre génétique et environnement** : c'est le **phénomène de la transition nutritionnelle** qui touche les populations de pays pauvres, et les migrants de ces pays, lorsqu'ils connaissent

un passage rapide à une alimentation riche en sucres et en graisses et à un mode de vie plus sédentaire. (enquêtes ENTRED InVS 10 novembre 2009.)

La « transition nutritionnelle » est un phénomène global largement étudié et caractérisé par l'ensemble des faits marquant le passage d'une société préindustrielle à une société moderne avec, en matière de santé, la substitution progressive des maladies chroniques dégénératives aux maladies infectieuses comme principale cause de décès et, dans le domaine de la nutrition, la substitution des problèmes de surcharge pondérale et d'obésité aux problèmes de carences liées à l'alimentation.[43]

1.4. Complications du diabète de type 2.

Le diabète de type 2 expose à de nombreuses complications qui procèdent de mécanismes complexes associant hyperglycémie, insulino-résistance, inflammation de bas-grade et athérogénèse accélérée.

Les complications cardio-cérébrovasculaires grèvent le pronostic du diabète.

La coronaropathie, l'insuffisance cardiaque et l'artérite distale ont des formes cliniques particulières et sont parfois silencieuses. Le diabète de type 2 est à considérer comme un facteur de risque cardiovasculaire indépendant.[56]

La néphropathie diabétique est souvent d'origine mixte. Elle est actuellement la première cause d'insuffisance rénale terminale. Son histoire naturelle peut être infléchie par un strict contrôle métabolique et tensionnel et une correction précoce de la micro-albuminurie.

La rétinopathie est paradoxalement assez peu évolutive mais reste néanmoins inquiétante chez ces patients souvent âgés à haut risque ophtalmologique global.

Le pied diabétique est une complication grave et longtemps méconnue liée à la micro-angiopathie, macro-angiopathie et à la neuropathie. Son dépistage doit être systématique car il entraîne des répercussions importantes chez le patient.

Parmi les complications émergentes du diabète de type 2 figurent certains cancers. Par ailleurs, ce type de diabète est intriqué avec des situations à risque telles que la stéato-hépatite non alcoolique et le syndrome d'apnée du sommeil. Il est associé à un déclin cognitif, à des troubles de l'humeur et à une altération du métabolisme osseux.[56]

La plupart des complications du diabète de type 2 peuvent être prévenues par une prise en charge optimale précoce comportant une stratégie de dépistage et des interventions thérapeutiques multiples et concertées.

1.5. L'approche thérapeutique

L'approche thérapeutique vise le contrôle de la maladie et met l'accent sur un contrôle de l'alimentation, la perte de poids, la pratique de l'exercice physique et la pharmacologie.[55]

De plus, les suivis diabétiques impliquent souvent la pesée du patient (Treasure et al., 2015). Cependant, dans le cas du DT2, la prise en charge thérapeutique vise le plus souvent la gestion de l'obésité par une perte pondérale de 5% à 7% du poids corporel.

Pour y parvenir, les stratégies de prise en charge s'orientent autour d'une diète alimentaire, de la pratique d'exercice physique et d'une intervention comportementale orientée sur les modifications des habitudes de vie (ADA, 2016).

2. Diabète de type 2 et TCA.

Les mécanismes impliqués dans les causes du diabète de type 2 et des TCA ne sont pas bien définis. Une séquence d'apparition opposée à celle des TCA chez le diabétique de type 1 a été suggérée. le modèle théorique de la concomitance d'un TCA et d'un DT2 suggère que les comportements de crises de boulimie conduiraient au DT2 [55].(Figure 1 et 2)

D'autre part, une association entre le poids, le diabète et les TCA est suggérée par plusieurs études. Combinés à l'inactivité et à une mauvaise alimentation, la surcharge pondérale et l'obésité constituent les principales causes de développement du DT2 chez un individu (ACD, 2015; Astrup et Finer, 2000; FID, 2015; Tin et al., 2015).[55]

Les TCA seraient donc fréquents chez les individus DT2. Ainsi, parmi tous les type de TCA, les données disponibles suggèrent que l'hyperphagie boulimique constituerait le trouble le plus fréquent chez les adultes DT2 (Davison,2003).

2.1. Prévalence

La prévalence ponctuelle des TCA chez des personnes DT2 en surpoids se situe entre 6,5% (Herpertz et al, 2000) et 18,2% (Papelbaum et al., 2005).

Chez des patients obèses DT2, les taux se situent entre 8,1% (Herpertz et al., 2000) et 25,7% (Papelbaum et al.,2005). [55]

A titre comparatif, chez le patient DT2, la prévalence ponctuelle de la boulimie est de 4,2% (Papelbaum et al.,2005), l'hyperphagie boulimique se situe entre 5,6% et 25,6% (Cerrelli et al., 2005;Crow et al., 2001; Kenardy et al., 2001; Papelbaum et al., 2005)

Les femmes sont plus exposées au risque de TCA. En effet, ces derniers sont deux fois plus à risque de se développer chez les femmes DT2 que chez les hommes diabétiques (DT2). (Herpertz, Wagener, et al., 1998)

2.2. Modèle théorique de compréhension étiologique

Certains scientifiques proposent une trajectoire développementale potentielle menant au développement du DT2 chez les personnes qui présentent des comportements alimentaires problématiques. D'après cette théorie, des **facteurs de vulnérabilité** (adversité sociale) et des **facteurs culturels** (croyances concernant le diabète et l'insuline, l'image corporelle) peuvent mener à des comportements d'excès alimentaires ou à des crises de boulimie ainsi qu'à un état d'obésité.

Selon ce modèle, ces comportements conduiraient au développement du DT2. Une fois le diabète installé, les difficultés concernant la gestion de la maladie et la peur de prendre du poids en raison de l'insuline peuvent amener la personne à avoir un mauvais contrôle de sa maladie et à développer des complications médicales.

Par ailleurs, selon l'auteur les symptômes dépressifs ont un effet réciproque sur les comportements de crises de boulimie, le développement du DT2, les difficultés à adhérer au traitement diabétique ainsi que sur le mauvais contrôle de la glycémie.

D'après le modèle, ces symptômes interfèrent avec les facteurs de vulnérabilités sociales.

Ces modèles théoriques, tels que présentés par les auteurs, ne reposent pas sur la base d'une validation empirique, mais ils s'appuient plutôt sur une compréhension subjective des informations indiquées dans les écrits scientifiques.

Néanmoins, dans le cadre d'études transversales ou longitudinales provenant du domaine des TCA ou de la double problématique, des analyses de corrélations ou de régressions logistiques ont confirmé les mécanismes qu'ils abordent.[55]

2.3. Le Diabète: un facteur de risque de développer un TCA?

La progression actuelle des maladies en lien avec l'alimentation et plus particulièrement avec le comportement alimentaire est importante.

Une multitude de facteurs contribuent au déclenchement, au développement ainsi qu'au maintien des troubles du comportement alimentaire. Certains aspects du diabète pourraient y contribuer.

L'hyperphagie boulimique est, de loin, le plus représenté chez les patients DT2. Sa prévalence varie de 2,5% à plus de 20% et certains chercheurs affirment même qu'elle est de l'ordre de 40% si le patient présente concomitamment un surpoids ou une obésité.[16]

Cependant, l'HB est-elle liée au développement du diabète de type 2 ou est-ce le diabète qui prédispose les patients à développer des symptômes de frénésie alimentaire?

De nombreuses études indiquent que la frénésie alimentaire semble plus impliquée comme facteur étiologique que comme pronostique de la prise de poids et, de ce fait, relativement fréquente chez les patients souffrant d'un DT2.[35],[45]

En effet, le diabète est souvent vécu comme une atteinte de l'intégrité physique nécessitant la mise en place de toute une série de mesures (autocontrôles glycémiques, adapter son régime alimentaire, pratiquer une activité physique) contraignante et possiblement anxiogène.

On estime qu'entamer un régime peut être un facteur déclencheur de ces troubles.

Étant donné que l'intervention nutritionnelle fait partie du traitement du diabète, une personne déjà prédisposée à développer un TCA y serait encore plus vulnérable si elle est diabétique. En effet, la gestion de la maladie impose de quantifier les apports en glucides et d'avoir un contrôle plus étroit sur son alimentation (Pedwell, 2008 in «Diabetes Dialogue»).

Les facteurs de risque liés à l'étiologie du diabète de type 2 et au développement de TCA comprennent un IMC élevé, un faible recours aux stratégies d'adaptation orientées vers le problème, une insatisfaction corporelle ainsi qu'une humeur dépressive.[55]

Cependant des théories récentes font l'hypothèse d'un continuum étendu existant entre un comportement alimentaire régulé et un désordre alimentaire au sens psychiatrique.[44]

2.4. Vulnérabilité psycho-sociale.

Il n'est pas inutile de rappeler que la maladie du diabète et ses conséquences, en termes de mortalité et de morbidité, frappent en premier lieu les membres des communautés les plus vulnérables.[38] Il s'agit aussi bien des autochtones, des migrants, des groupes ethniques minoritaires que des personnes à faible niveau socio-économique et éducatif, réactivant ainsi la question récurrente et préoccupante des inégalités de santé.

De précédentes études ont montré que les personnes atteintes de diabète affichent des niveaux de détresse, d'inquiétude, de crainte et de qualité de vie négative plus élevés que celles qui ne souffrent pas de la condition.

Les patients souffrant d'un diabète de type 2 et d'un TCA sont généralement plus jeunes, souffrent d'un surpoids ou d'une obésité et ils ont un risque accru de souffrir d'une comorbidité psychiatrique recensée dans le DSM-V.

Il est fréquemment retrouvé des antécédents de psycho-traumatismes chez les patients souffrant d'HB:

- Chez les femmes: les abus sexuels sont en 1er ligne puis les violences directes et les carences affectives.
- Chez les hommes les carences affectives sont plus fréquentes.

Dans une étude de comorbidité dont les troubles ont été sélectionnés (trouble de l'humeur, anxiété, contrôle des impulsions et consommation de substances psychoactives, trouble du

sommeil), 78,9% des personnes atteintes d'HB avaient, comme antécédent, au moins une comorbidité citées ci-dessus, 20,2% en avaient une, 9,8% en avaient deux et 48,9% en avaient trois ou plus.[38]

De plus, la présence de comorbidités psychiatriques est associée à une plus grande psychopathologie des troubles des conduites alimentaires [39],[40].

Enfin, il est intéressant, en pratique, de souligner le fait que les patients HB et tabagiques prennent plus de poids à l'arrêt du tabac que leurs homologues non-HB.[42]

2.5. Complications cliniques

La présence de comportements alimentaires problématiques est associée à des risques importants pour la santé des personnes diabétiques (Nielsen et al., 1998; Olmsted, Colton, Daneman, Rydall et Rodin, 2008). De fait, il ressort des analyses que, sur le plan clinique, la présence d'un TCA chez une personne diabétique est associée à de nombreuses complications médicales liées aux symptomatologies alimentaires et diabétiques (Davison, 2003; Goebel-Fabbri, 2009). D'autant plus que, non traité, le TCA chez les patients diabétiques persiste (Colton, Olmsted, et al., 2015b;Herpertz et al., 2001) et parfois même s'intensifie.

En effet, le TCA interfère avec le contrôle métabolique (Ismail, 2008) et le diabète semble constituer un facteur de maintien du TCA. Les deux troubles interagissent jusqu'à exacerber les problèmes associés tant au diabète qu'au TCA, ce qui a pour effet d'aggraver la condition de la personne.

Par ailleurs, certains résultats suggèrent qu'en comparaison à des patients DT2 sans TCA, les patients qui présentent les deux maladies se caractérisent par une psychopathologie générale plus sévère (Herpertz et al., 2000; Kenardy et al., 2001; Papelbaum et al., 2005).

Sur le plan de la problématique alimentaire, il est proposé que les patients DT2 et TCA présentent un désir de minceur plus important, ainsi que davantage de comportements de crises de boulimie et purgatifs que les patients DT2 sans TCA. De plus, de récents résultats sur une importante étude aux États-Unis font ressortir que les individus DT2 présentant une hyperphagie boulimique ou un syndrome d'alimentation nocturne sont plus préoccupés par leur poids et leur silhouette. Ils manifestent une symptomatologie alimentaire générale plus élevée que ceux qui n'ont pas de TCA. [55]

Sur le plan des variables psychologiques, certains auteurs ont observé une symptomatologie dépressive et anxieuse plus sévère ainsi qu'une estime de soi plus faible chez les patients DT2 avec TCA que chez les patients sans TCA .

Sur le plan de l'IMC et de l'âge d'apparition du diabète, les individus présentant les deux problématiques ont un IMC actuel et à vie plus élevé que les personnes ayant uniquement un DT2. Par ailleurs, en plus d'être moins âgées, les personnes DT2 qui présentent une HB ou un syndrome d'alimentation nocturne ont développé le diabète et de l'obésité à un âge plus

précoce que les personnes diabétiques sans TCA: ce qui pourrait exposer ces patients à des complications, liées au diabète, plus précoces.[55]

En revanche, il n'a pas été démontré de différence notable sur les taux d'hémoglobine glyquée entre des patients DT2 avec TCA et DT2 seul.[55]

Enfin, sur le plan du retentissement social les patients manifesteraient davantage d'insatisfactions corporelles que les personnes DT2 qui n'ont pas de crises de boulimie. Elles auraient d'avantage tendance à considérer que leur poids interfère avec leur fonctionnement personnel et social - soit leur travail, leurs activités, leur sexualité, leur mobilité, leur santé et leur estime d'elles mêmes - que les personnes ayant uniquement un DT2. [55]

3. Intérêt clinique du dépistage des TCA chez le DT2

Il est suggéré que le DT2 n'accroît pas le risque de développer un TCA, mais que ce serait plutôt le fait de présenter un surpoids ou une obésité, voire une hyperphagie boulimique, qui conduirait au développement de cette maladie métabolique. [55]

Lorsque diabète et TCA coexistent chez un même individu, les conséquences physiologiques et psychologiques de cette association sont importantes, quoique souvent ignorées lors du traitement médical.[55]

En comparaison à des individus TCA seul, l'engagement quant au traitement apparaît plus faible chez les personnes diabétiques qui présentent les deux troubles en concomitance (Colton,Olmsted, Wong, et al., 2015). À cet égard, ces personnes sont plus à risque de mettre fin précocement au traitement que les patients ayant un TCA seul.

D'autre part, la sévérité initiale du trouble (TCA) influencerait la réponse à l'éducation thérapeutique.[55]

Ainsi, plusieurs auteurs recommandent d'évaluer régulièrement la présence de comportements alimentaires problématiques chez les personnes diabétiques (Hanlan et al., 2013; Doyle,2016).

De plus, le dépistage des TCA devrait débuter pendant l'adolescence et se poursuivre à l'âge adulte (Doyle, 2016).

Par ailleurs, l'American Diabetes Association recommande que l'évaluation des TCA fasse partie de l'examen de routine des personnes diabétiques (ADA, 2016).

En effet, un dépistage précoce de ces comportements est crucial puisqu'il permet d'offrir rapidement un traitement psychologique et de limiter l'apparition de complications médicales associées à la présence des deux troubles chez les personnes diabétiques (Doyle, 2016).

Or, aucun outil permettant d'évaluer la problématique alimentaire dans le contexte du diabète n'a encore été validé en langue française ni auprès d'une population adulte DT2.

4. Outils de dépistage spécifiques

Plusieurs auteurs suggèrent que les mesures standardisées pour l'évaluation de la problématique alimentaire ne sont pas adéquates en contexte de diabète.

En effet, elles ne permettraient pas de distinguer entre la nature fonctionnelle et dysfonctionnelle (c'est à dire utilisée de manière inappropriée de façon à assurer une perte de poids rapide ou lorsqu'il interfère au quotidien avec le fonctionnement psychosocial de l'individu et qu'il constitue un risque pour la santé) d'une préoccupation concernant le poids, la silhouette et l'alimentation ou d'un comportement alimentaire chez ces patients. [55]

Certaines questions chevauchant la symptomatologie alimentaire et le traitement diabétique ne permettent pas de discerner l'adhérence au traitement diabétique d'un TCA.

De ce fait, afin de mieux évaluer les TCA chez les personnes atteintes de diabète, certains chercheurs ont développé des outils d'évaluation de la symptomatologie alimentaire adaptés au contexte du diabète.

Tels que:

- Le SCOFF-m (Powers 2016) ou certaines questions du SCOFF induisaient des biais liés à la problématique du diabète mais cible la boulimie nerveuse et l'anorexie mentale.
- Le DEPS-R (Markowitz et al., 2010): Diabetes Eating Problem Survey-Revised. Il s'agit d'un QAA de 16 items (<10min) avec cotations de 0 à 6 points par items. On suspecte un TCA si le score est > 20.
- Le QACD: Questionnaire des attitudes et des comportements liés à la gestion diabétique; version francophone du DEPS-R. Il s'agit de la première mesure d'évaluation des TCA (selon les critères du DSM 5) adaptée à la présence d'un diabète à être validée empiriquement en langue française. Une étude sur ses propriétés psychométriques conclut à une bonne fiabilité (alpha de Cronbach = 0,80 au temps 1, alpha de Cronbach = 0,83 au temps 2) et une bonne validité convergente. Les résultats suggèrent qu'un score supérieur à 33 (sensibilité = 77,44%; spécificité = 74,34%) indique un risque de troubles de l'alimentation chez les personnes atteintes de diabète de type 1 et de type 2.[56]

5. Recommandations spécifiques sur la prise en charge des deux problématiques

Les modalités de prise en charge thérapeutique et l'efficacité des traitements psychologiques chez des patients diabétiques qui se présentent avec un TCA sont peu étayées.

En raison de la dangerosité des complications associées au diabète, le traitement nutritionnel de cette maladie est le plus souvent priorisé, souvent au détriment du TCA.

Or les patients diabétiques avec TCA ignorent parfois eux-mêmes souffrir d'un trouble alimentaire, surtout lorsqu'il s'agit d'une hyperphagie boulimique [55]

Cette méconnaissance des TCA, tant de la part des patients que des cliniciens, nuit à la prise en charge optimale des deux problématiques.

Pourtant, chez ces patients, l'amélioration de la gestion diabétique s'observe en présence d'une diminution de la problématique alimentaire.[55]

Considérant la complexité du traitement des deux troubles concomitants, plusieurs recommandations de prise en charge thérapeutique de ces patients ont été proposées.

Notamment:

- Une collaboration étroite, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, entre les professionnels spécialisés en TCA et en diabétologie afin de favoriser une certaine homogénéité des informations transmises aux patients et d'éviter les messages contradictoires.
- Une adaptation de la TCC aux problématiques alimentaires associés au diabète (comprendre les effets des comportements alimentaires problématiques sur les mécanismes physiologiques associés au diabète; distinguer les fringales qui résultent de ces mécanismes physiologiques de celles qui relèvent de la psychopathologie alimentaire)
- Des objectifs en matière d'amélioration de la glycémie réalistes et mettre l'accent sur une diminution progressive des valeurs sanguines (c-à-d. diminution par tranche de 2,75 mmol/L, 0,5g/L) (Bermudez et al., 2009).

Enfin, la TCC permettrait de réduire le nombre de crises de boulimie et la perte de poids, d'améliorer le contrôle de la glycémie ainsi que l'humeur. Elle permet de travailler sur les fausses croyances liées à l'alimentation. A noter que, comparativement à une TCC spécifique, la TCC non spécifique de cette problématique est associée à un risque de rechute plus important à 3 mois.[55]

Certains auteurs proposent un arbre décisionnel en cas de TCA chez le DT2. [55] (cf Figures 5 et 6)

Matériel et Méthode

I. Objectifs de l'étude

➤ **Objectif primaire:**

- Déterminer la faisabilité et l'utilité du questionnaire B.I.T.E dans le dépistage de l'hyperphagie boulimique et de la boulimie nerveuse chez des patients diabétiques 2 en médecine de soins primaires.

➤ **Objectif secondaire:**

- Déterminer les critères démographiques et le mode d'exercice des praticiens pouvant être corrélés à une utilisation plus aisée du questionnaire B.I.T.E.
- Déterminer les critères démographiques et professionnels pouvant être corrélés à une plus large connaissance de cette association de pathologies.

Méthode

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude **quantitative, observationnelle et descriptive** visant à évaluer la faisabilité et l'utilité du questionnaire B.I.T.E dans le dépistage de l'hyperphagie boulimique ou la boulimie nerveuse chez des patients diabétiques 2 en médecine de soins primaires.

2. Population de l'étude

2.1. Critères d'inclusion

La population ciblée sera celle des médecins généralistes des départements des Bouches du Rhône, Vaucluse et VAR tirées au sort.

Un nombre de réponse d'au moins 100 était l'objectif, pour un taux de réponse de 30% minimum.

2.2. Critères d'exclusion

Les médecins angiologues, les non réponses pour cause d'abandon du questionnaire, décès, arrêt d'activité ou retraite.

Matériel

1. Recueil des données

1.1. Mode de recueil des données

Via un **questionnaire en ligne** réalisé à l'aide du logiciel Lesphinx comportant au total 20 questions envoyées par e mail :

- La première partie, comportant 9 questions, permettra de relever les **caractéristiques démographiques, et professionnelles** des médecins interrogés.
- La deuxième partie, comportant 11 questions, relatives aux **critères d'évaluation** du questionnaire B.I.T.E.

1.2. Période du recueil des données

La période du recueil des données s'est déroulée du 23 janvier 2019 au 21 mars 2019.

2. Analyse des données

Résultats

I. L'échantillon de l'étude

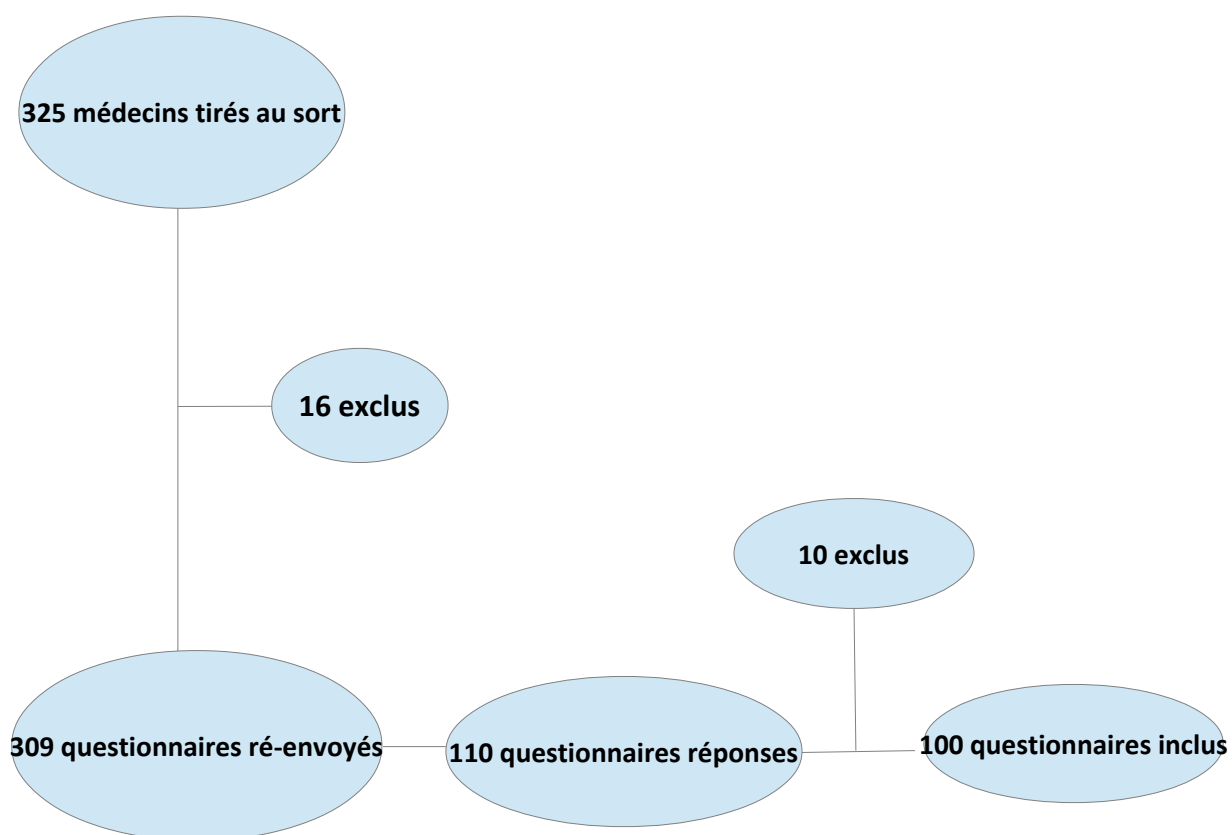
Parmi l'échantillon de 325 médecins tirés au sort, 16 ont été exclus car ils avaient signalé soit un départ à la retraite, soit qu'ils exerçaient une activité d'angiologue, soit qu'ils s'étaient eux mêmes «blacklistés» ou m'avaient demandé de les retirer de la liste des sondés via un e-mail.

309 questionnaires ont ainsi été ré-envoyés. Puis au cours de l'étude j'ai pu réceptionner 110 questionnaires dont 10 ont été exclus en raison d'un défaut de remplissage.

Au final 100 questionnaires ont été inclus dans l'étude.

L'ensemble des résultats présentés étaient en lien avec les questionnaires-réponses réceptionnés, et non en lien avec l'échantillon de départ tiré au sort.

Flowcharts de l'échantillon :



1. Les caractéristiques démographiques des médecins

1.1. Le sexe et l'âge des médecins

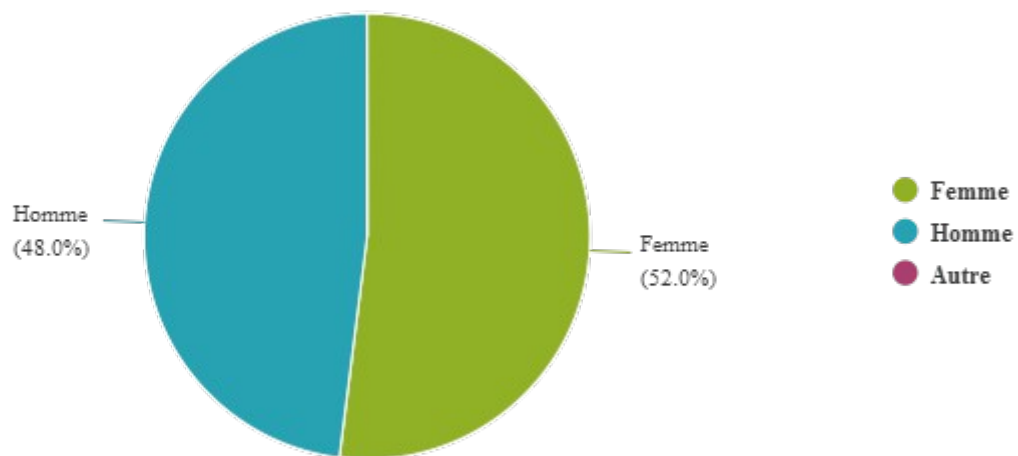
1.1.1. Le sexe

Parmi les 100 réponses au questionnaire, 52% provenaient de médecins de sexe féminin et 48% provenaient de médecins de sexe masculin.

Tableau n°1: Le Sexe

	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>IC</u>
Femme	52	52,0%	42,21% < f < 61,79%
Homme	48	48,0%	38,21% < f < 57,79%
Autre	0	0,0%	0,00% < f < 0,00%
Total	100	100,0%	

Graphique n°1: Le sexe



1.1.2. L'âge

La moyenne d'âge des médecins ayant répondu à l'étude était de 45,62 ans (moyenne année de naissance de 1973,38).

L'âge minimum était de 26 ans (année de naissance 1993) et l'âge maximum de 68 ans.(année de naissance 1951).

39% des médecins étaient dans la tranche d'âge 30-39 ans(1980 a 1989) et 25% étaient né(e)s dans les années 1960 (1960-1969).

15% des médecins avaient plus de 60 ans (1959-1951) tandis que 9% des médecins avaient moins de 30 ans(1990-1993).

Graphique n°2: Répartition des effectifs selon l'année de naissance

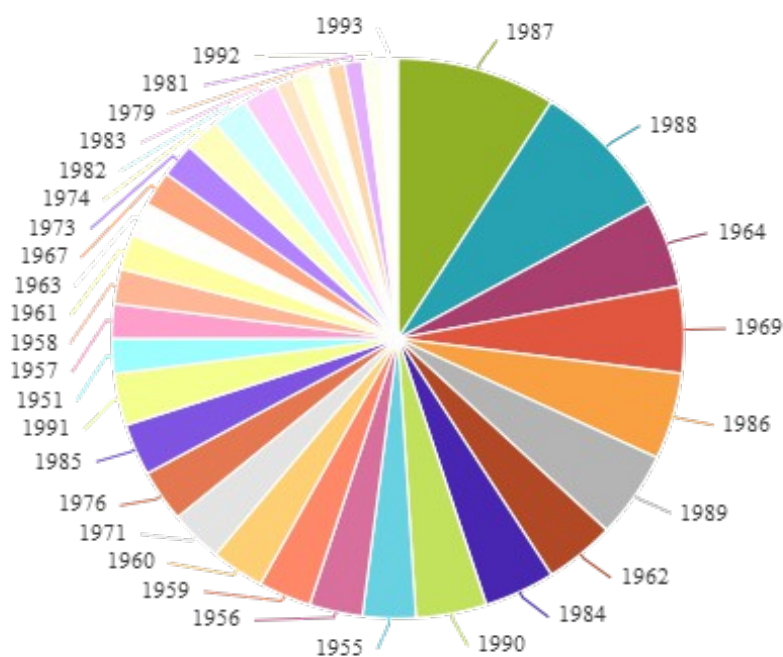


Tableau n°2: Répartition des effectifs selon l'année de naissance

Tranche d'âge	Effectif
25-29 ans	9
30-39 ans	39
40-49 ans	12
50-59 ans	25
> 60 ans	15

2. Les critères démographiques

2.1. Répartition

Le pourcentage de réponse au questionnaire était de 85% dans le département des Bouches-du-Rhône.

Pour la région du Var et du Vaucluse les pourcentages de réponses étaient, respectivement, de 10% et 5%. (Annexe N°3)

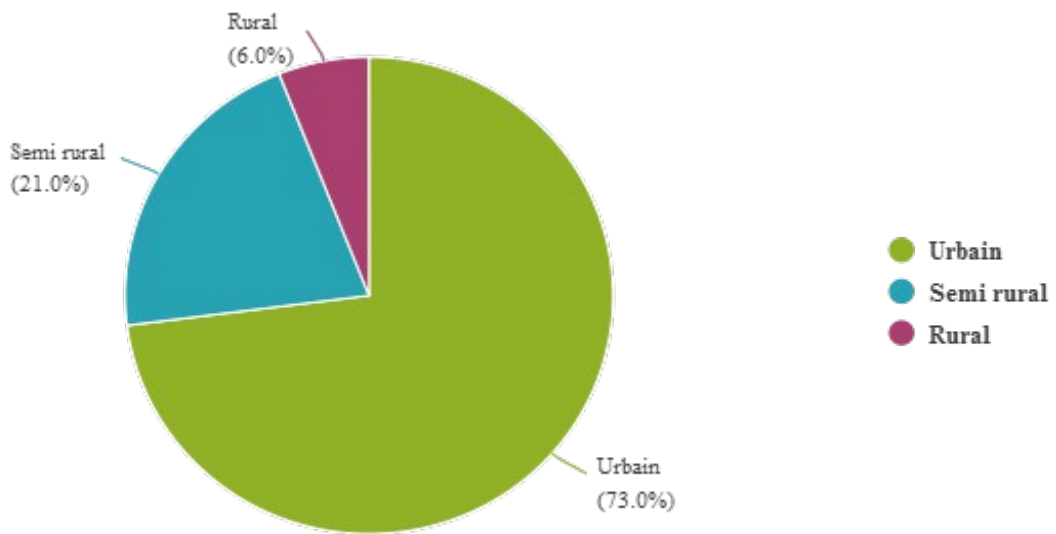
2.2. Type géographique d'installation

73% des médecins, tout sexe confondu exerçaient en milieu urbain, 21% en milieu semi-rural et 6% en milieu rural.

Tableau n°3: Type géographique d'installation

	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>IC</u>
Urbain	73	73,0%	64,30% < f < 81,70%
Semi rural	21	21,0%	13,02% < f < 28,98%
Rural	6	6,0%	1,35% < f < 10,65%
Total	100	100,0%	

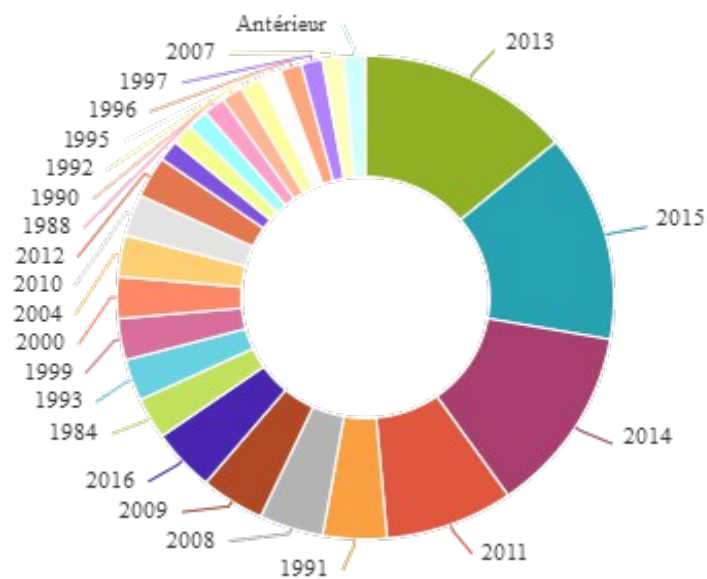
Graphique n°3: Type géographique d'installation



3. Caractéristiques professionnelles des médecins

3.1. Année d'obtention de l'ECN

Graphique n°4: Année d'obtention de l'ECN



51% des médecins ayant répondu au questionnaire avaient passé l'ECN (création en 2004 pour rappel). (Annexe N°4)

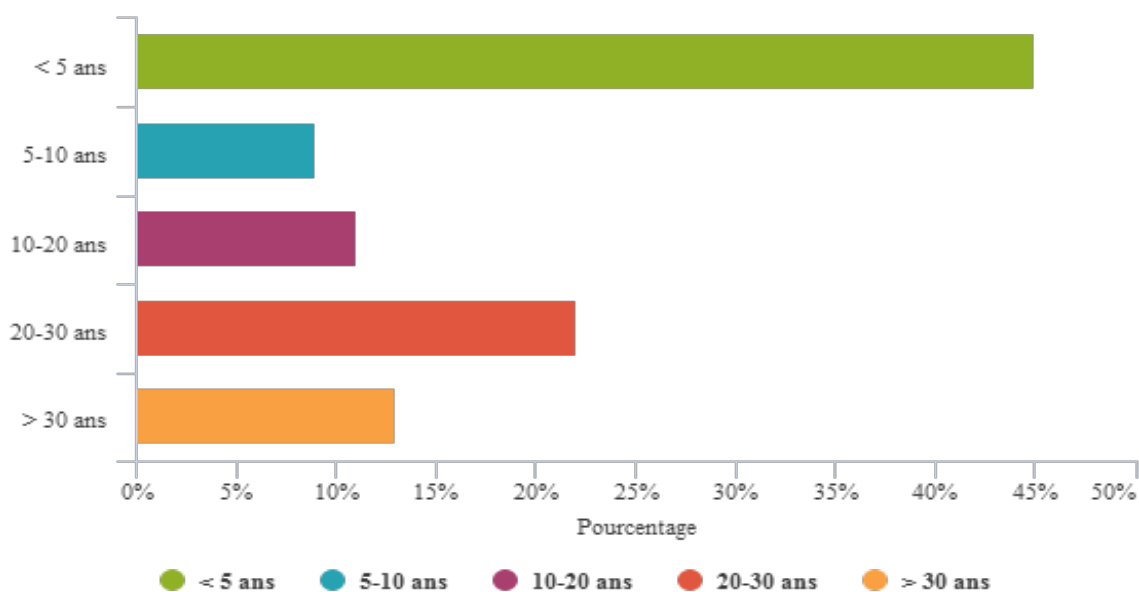
3.2. Ancienneté d'installation

Tableau n°4: Ancienneté d'installation

	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>IC</u>
< 5 ans	45	45,0%	35,25% < f < 54,75%
5-10 ans	9	9,0%	3,39% < f < 14,61%
10-20 ans	11	11,0%	4,87% < f < 17,13%
20-30 ans	22	22,0%	13,88% < f < 30,12%
> 30 ans	13	13,0%	6,41% < f < 19,59%
Total	100	100,0%	

Presque la moitié (46%) des médecins étaient installés depuis au moins 10 ans. En revanche, la majorité des médecins (45%) étaient installés depuis moins de 5 ans.

Graphique n°5: Ancienneté d'installation



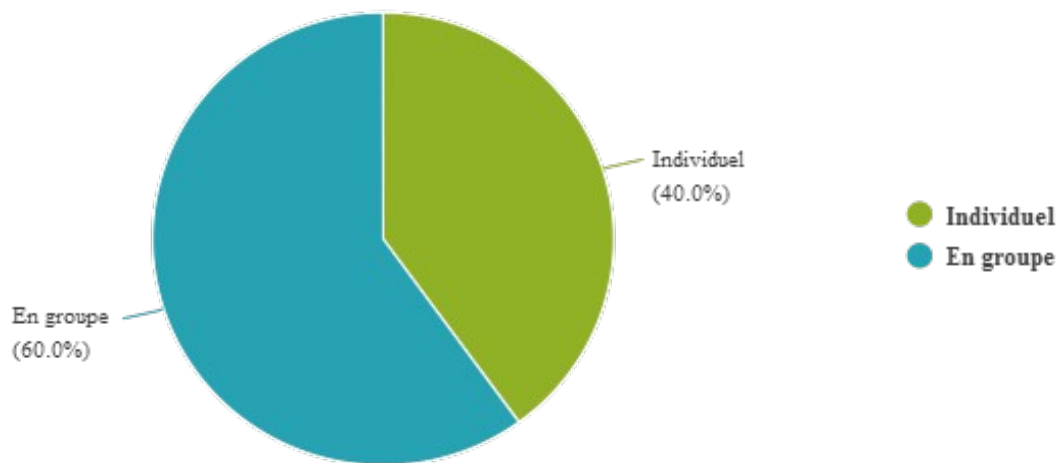
3.3. Type d'installation

Tableau n°5: Type d'installation

	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>IC</u>
Individuel	40	40,0%	30,40% < f < 49,60%
En groupe	60	60,0%	50,40% < f < 69,60%
Total	100	100,0%	

60% des médecins, tout sexe confondu, étaient installés en groupe. Et 40% étaient installés seuls.

Graphique n°6: Type d'installation



3.4. Type d'exercice

Tableau n°6: Type d'exercice

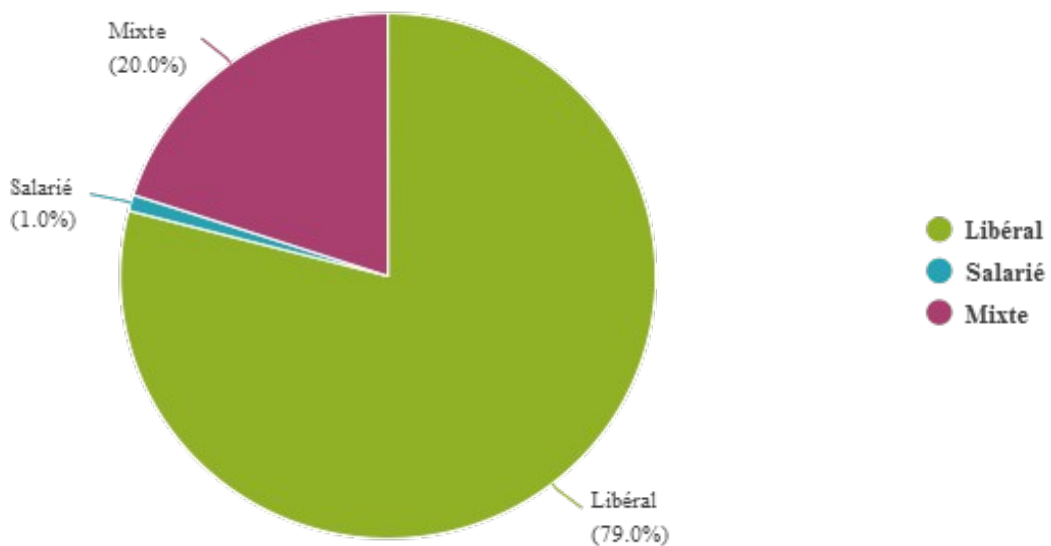
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>IC</u>
Libéral	79	79,0%	71,02% < f < 86,98%
Salarié	1	1,0%	0,00% < f < 2,95%
Mixte	20	20,0%	12,16% < f < 27,84%
Total	100	100,0%	

La grande majorité de médecins avaient une activité exclusivement libérale (79%).

Tandis que 20% de médecins avaient une activité mixte (libérale et salariée).

A noter que seul 1 médecin interrogé déclarait être uniquement salarié.

Graphique n°7: Type d'exercice



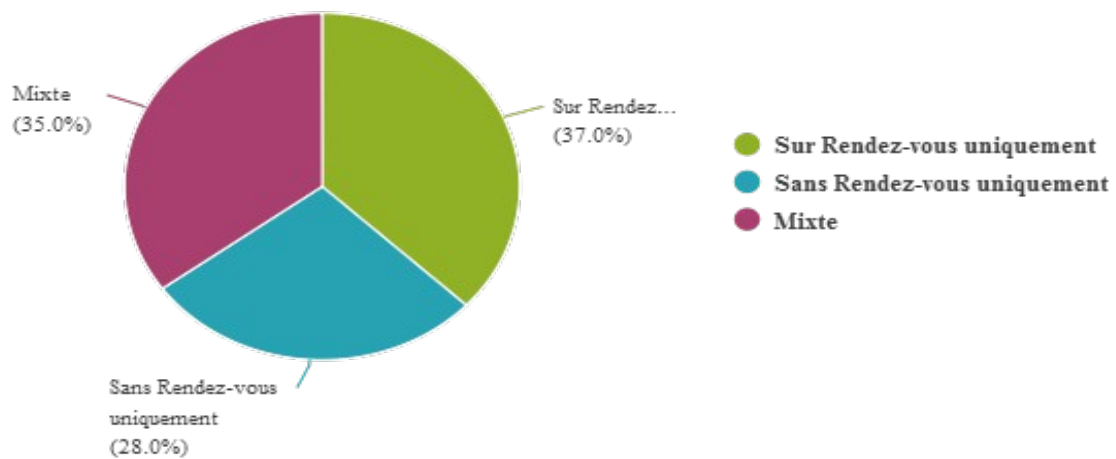
3.5. Organisation des consultations

Tableau n°7: Organisation des consultations

	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>IC</u>
Sur Rendez-vous uniquement	37	37,0%	27,54% < f < 46,46%
Sans Rendez-vous uniquement	28	28,0%	19,20% < f < 36,80%
Mixte	35	35,0%	25,65% < f < 44,35%
Total	100	100,0%	

37% des médecins organisaient leurs consultations sur rendez-vous uniquement contre 28% sans rendez-vous.

Graphique n°8: Organisation des consultations



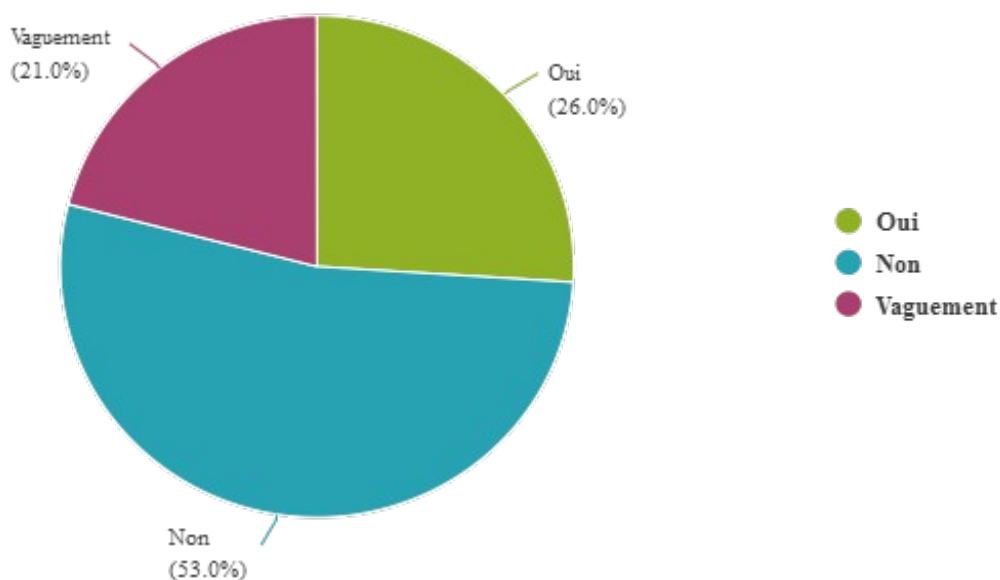
3.6. Les médecins face aux TCA chez les patients diabétiques de type 2.

Tableau n°8: Aviez vous connaissance de l'existence de cette association de pathologies chez ces patients diabétique 2 avant réception de cet e-mail ?

	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>IC</u>
Oui	26	26,0%	17,40% < f < 34,60%
Non	53	53,0%	43,22% < f < 62,78%
Vaguement	21	21,0%	13,02% < f < 28,98%
Total	100	100,0%	

La grande majorité (53%) des médecins ayant répondu n'avaient pas connaissance de cette association de pathologie avant réception du questionnaire. En revanche 26% en avaient connaissance.

Graphique n°9: Aviez-vous connaissance de l'existence de cette association de pathologies chez ces patients diabétiques 2 avant réception de cet e-mail ?

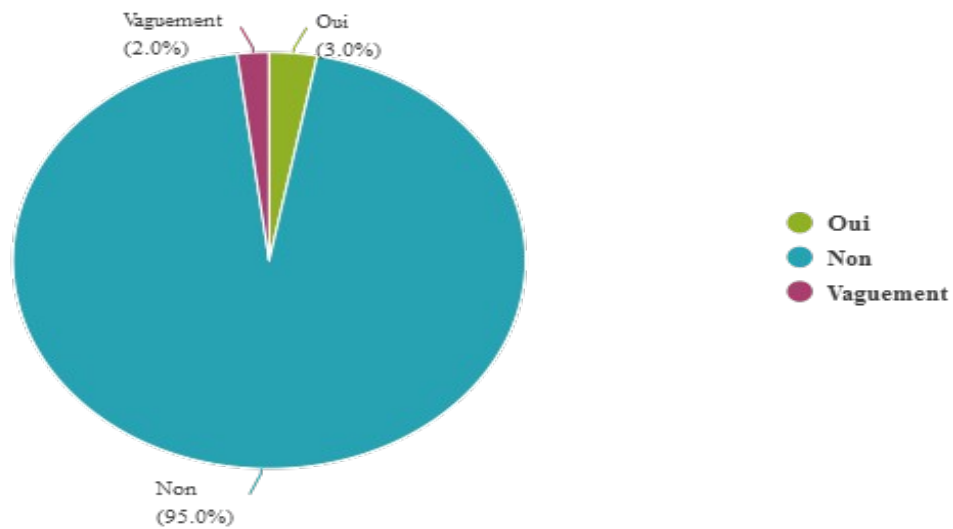


II. Le questionnaire B.I.T.E

1. État des lieux sur la connaissance du B.I.T.E

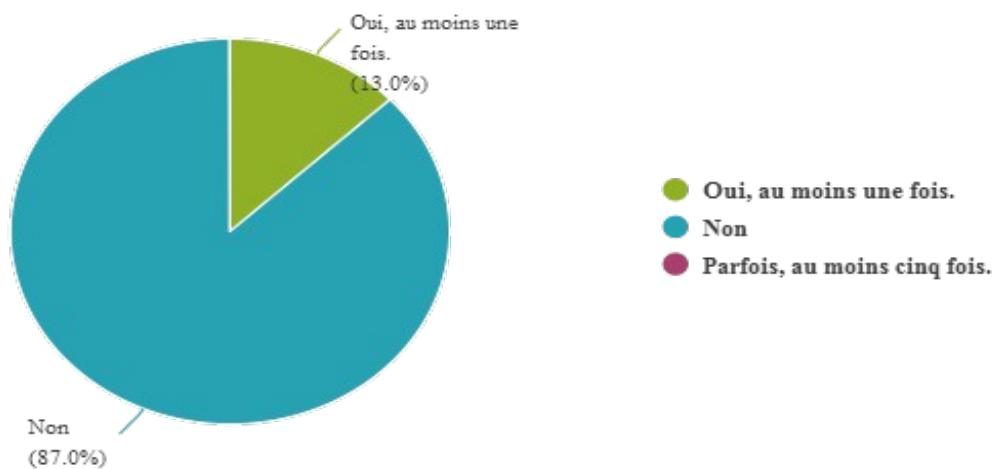
95% (IC95 [90,73% < f < 99,27%]) des médecins ignoraient l'existence du questionnaire B.I.T.E. Seulement 3% (IC95[0,00% < f < 6,34%]) avaient connaissance de ce questionnaire.

Graphique n°10: Avez vous connaissance de l'existence du questionnaire B.I.T.E



Après qu'ils eurent découvert le B.I.T.E par le biais de mon enquête, 13% (IC95[6,41% < f < 19,59%]) des médecins déclaraient l'avoir utilisé au moins une fois en consultation.

Graphique n°11: Avez-vous utilisé le questionnaire depuis la réception de cet e-mail.



2. Évaluation de la faisabilité du B.I.T.E

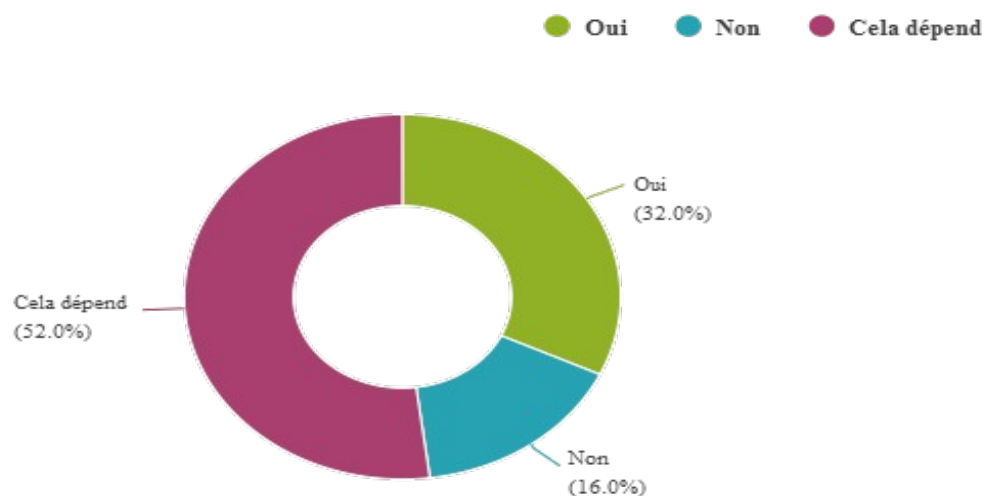
2.1. Les médecins pensent-ils que les patients soient à l'aise avec l'utilisation du questionnaire B.I.T.E ?

Tableau n°9: Pensez-vous que les patients puissent se sentir à l'aise en répondant au questionnaire ?

	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>IC</u>
Oui	32	32,0%	22,86% < f < 41,14%
Non	16	16,0%	8,81% < f < 23,19%
Cela dépend	52	52,0%	42,21% < f < 61,79%
Total	100	100,0%	

La majorité des médecins (52%) se sentaient évasifs sur cette question. En revanche 32% se disaient optimistes quant aux sentiments des patients lors du recours au questionnaire B.I.T.E. Enfin, seulement 16% des médecins se disaient plutôt pessimistes.

Graphique n°12: Pensez-vous que les patients puissent se sentir à l'aise en répondant au questionnaire ?



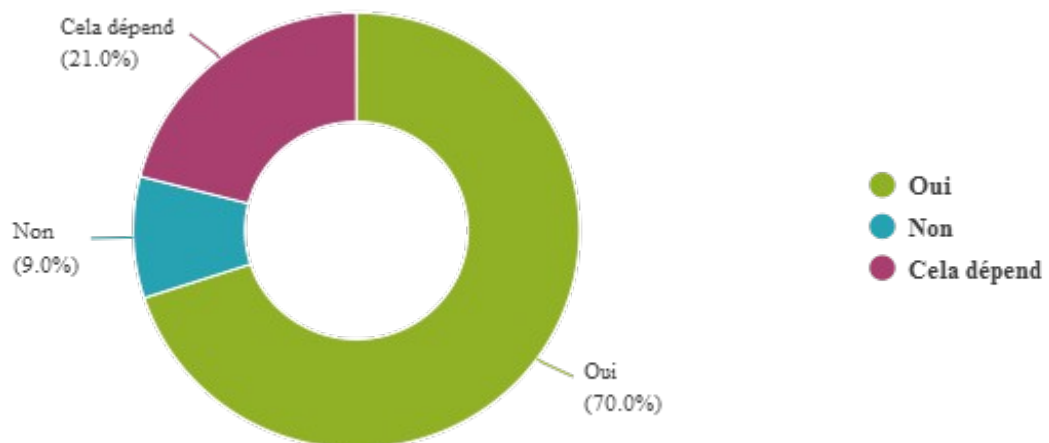
2.2. Les médecins pensent-ils être à l'aise avec l'utilisation du questionnaire B.I.T.E ?

Tableau n°10: Vous sentez-vous à l'aise en abordant le sujet des troubles du comportements alimentaires avec les patients ?

	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>IC</u>
Oui	70	70,0%	61,02% < f < 78,98%
Non	9	9,0%	3,39% < f < 14,61%
Cela dépend	21	21,0%	13,02% < f < 28,98%
Total	100	100,0%	

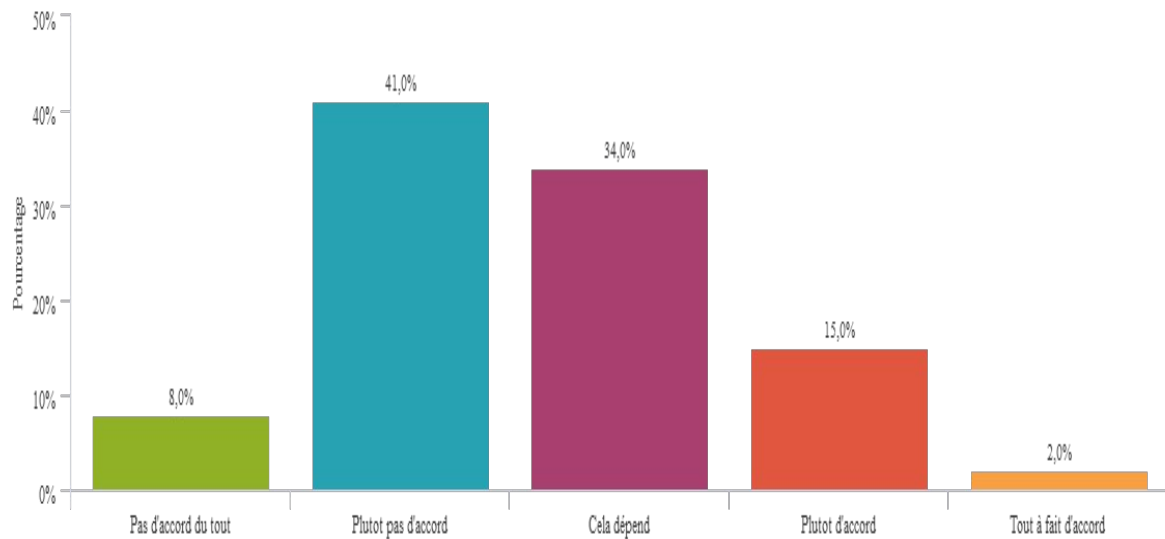
70% des médecins se déclaraient tout à fait à l'aise d'aborder le sujet des TCA avec les patients. 21% restaient évasifs sur la question. En revanche, 9% des médecins ne se sentaient pas confortables avec le fait d'aborder le sujet avec le ou la patient(e).

Graphique n°13: Vous sentez-vous à l'aise en abordant le sujet des troubles du comportement alimentaire avec les patients ?



2.3. Comment utiliser le questionnaire B.I.T.E lors d'une consultation ?

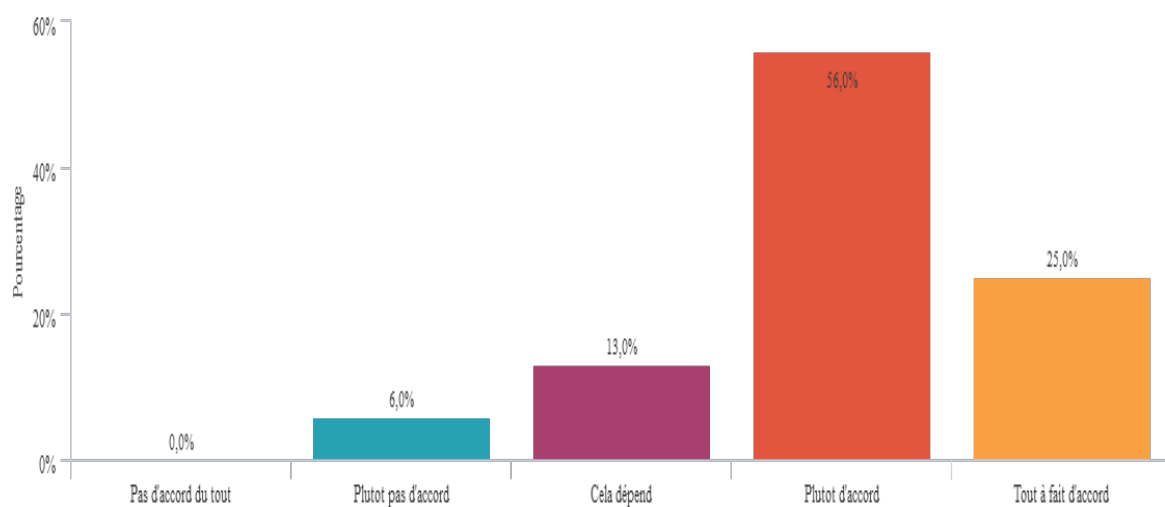
Graphique n°14: En consultation habituelle



La majorité des médecins (81%:plutôt d'accord 56% IC95[46,27-65,73] et 25% IC95[16,51-33,49]tout à fait d'accord) se déclarait favorable à l'utilisation du B.I.T.E lors de consultations dédiées.

A contrario, les médecins se déclaraient plutôt défavorables à l'utilisation du questionnaire lors de consultations habituelles (41% IC95[31,36-50,64]).

Graphique n°15: En consultation dédiée



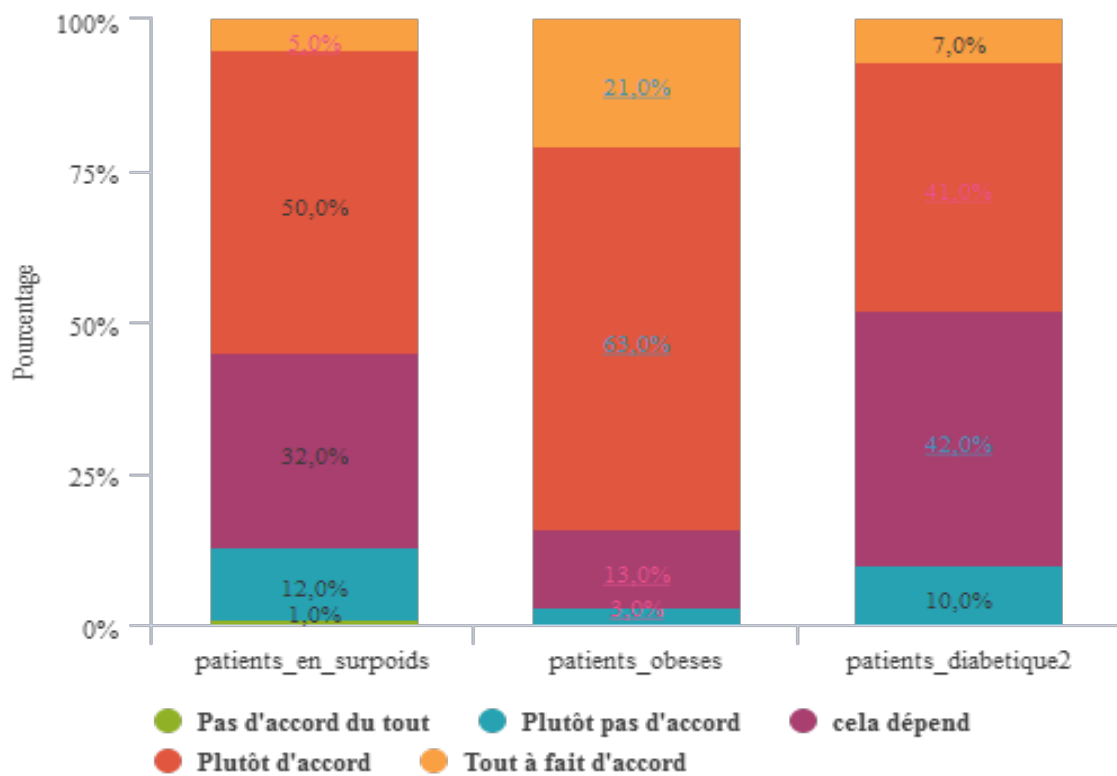
3. Évaluer l'utilité du questionnaire dans la pratique courante.

3.1. Le questionnaire B.I.T.E est-il adapté aux différentes situations ?

Une majorité de médecins était en accord avec le fait que le B.I.T.E puisse être adapté aux patients:

- en surpoids (55%: plutôt d'accord à 50% IC95[40,20-59,80] et tout à fait d'accord à 5% IC95[0,73-9,27],
- obèses (84%: plutôt d'accord à 63% IC95[53,54-72,46] et tout à fait d'accord à 21% IC95[13,02-28,98]),
- diabétique 2 (48%: plutôt d'accord à 41% IC95[31,36-50,64] et tout à fait d'accord à 7% IC95[2,00-12,00]).

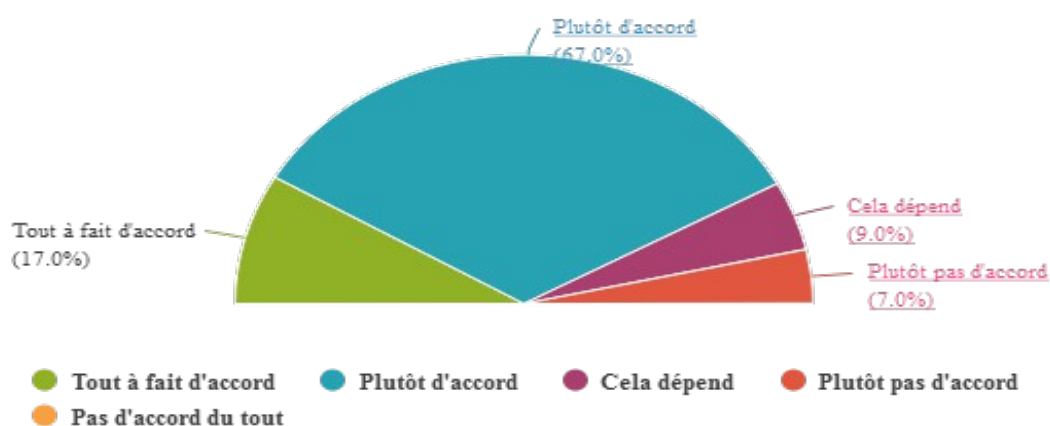
Graphique n°16: Adaptation du questionnaire aux différentes situations



3.2. Le questionnaire B.I.T.E complète-t-il la clinique ?

67% des médecins étaient plutôt d'accord avec le fait que le questionnaire puisse venir en complément de la clinique (IC95[57,58-76,22]). Seulement 7% des médecins ont répondu négativement à cette question sans être catégorique (IC95[2,00-12,00]). En revanche, 9% d'entre eux avaient une réponse évasive sur la question (IC95[3,39-14,61]).

Graphique n°17: le questionnaire complète-t-il la clinique.

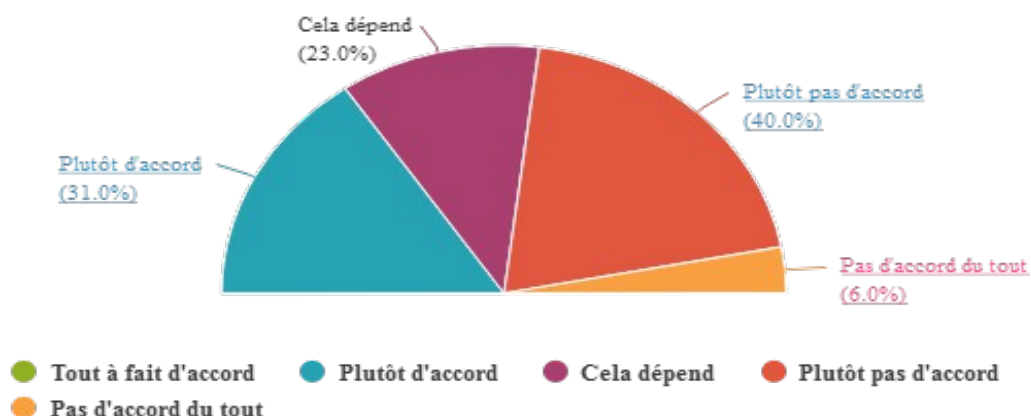


3.3. L'utilisation du B.I.T.E comme outil de dépistage de masse chez les patients DT2 ?

46% des médecins déclaraient ne pas être en faveur du B.I.T.E comme outil de dépistage de masse chez les patients diabétiques 2 (40% plutôt pas d'accord IC95[30,40-49,60] et 6 % pas d'accord du tout IC95[1,35-10,65]).

En revanche 31% se déclaraient plutôt d'accord (IC95[21,94-40,06]). A noter qu'il n'y a pas eu de réponse tout à fait d'accord.

Graphique n°18: Le B.I.T.E comme outils de dépistage de masse chez le DT2.



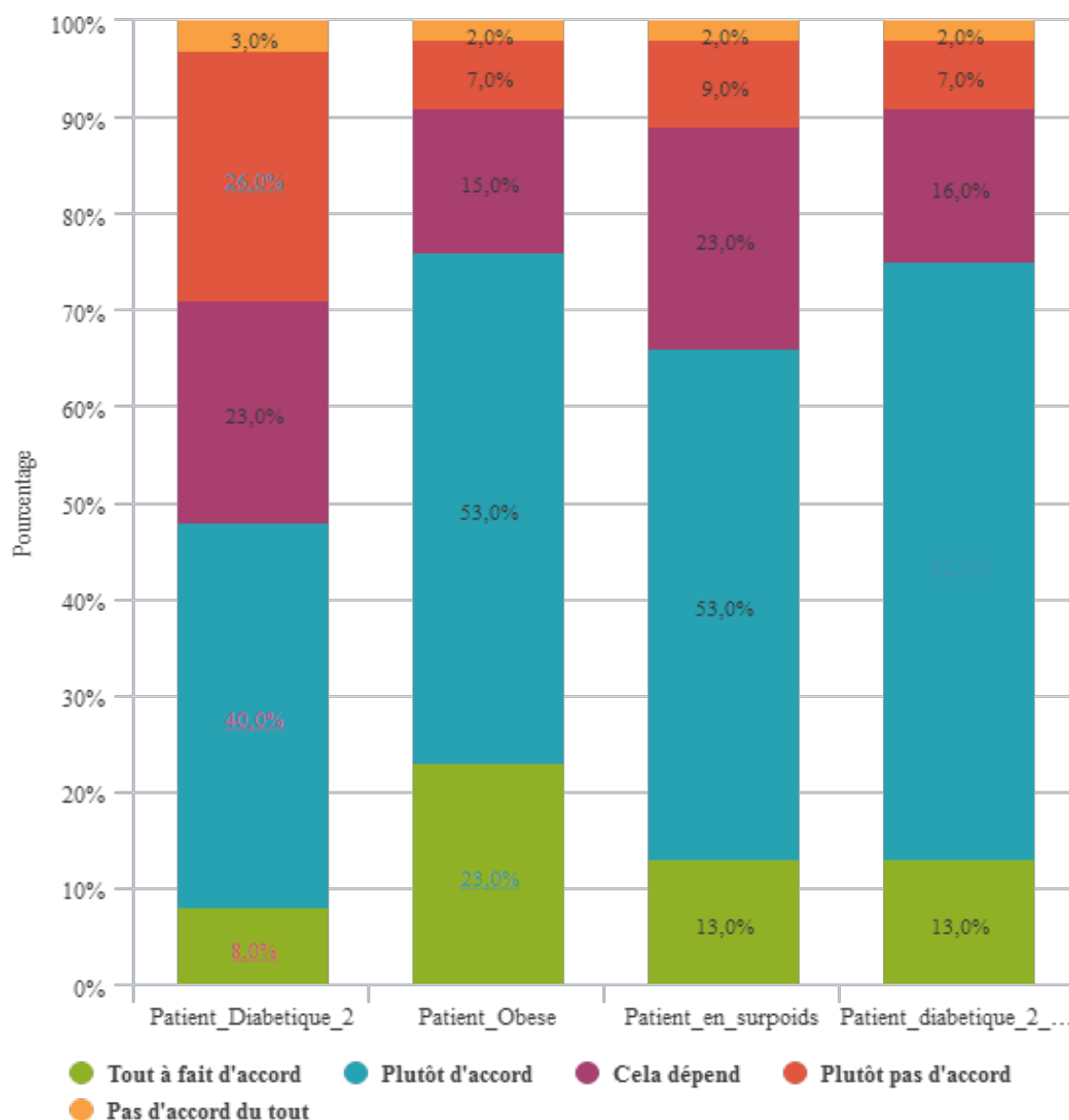
3.4. Le recours au questionnaire B.I.T.E.

En cas de suspicion de TCA, 48% des médecins interrogés estimaient qu'ils pourraient avoir recours au questionnaire B.I.T.E chez des patients diabétiques 2 (8% tout à fait d'accord IC95[2,68%-13,32%] et 40% plutôt d'accord IC95[30,40-49,60]).

29% des médecins n'étaient pas d'accord avec le recours au questionnaire.(26% plutôt pas d'accord IC95[17,40-34,60] et 3% pas d'accord du tout IC95[0,00-6,34]) dans cette situation.

En revanche, la majorité (moyenne de 72%) des médecins étaient en faveur de l'utilisation de ce questionnaire en présence de patients souffrant d'obésité, de surpoids ou diabétiques 2 . (Obésité: 76%: 23% tout à fait d'accord IC95[14,75-31,25] et 53% plutôt d'accord IC95[43,22-62,78]); (Surpoids: 66%: 13% tout à fait d'accord IC95[6,41-19,59] et 53% plutôt d'accord IC95[43,22-62,78]); (patient DT2 obèse/surpoids: 75%: 13% tout à fait d'accord IC95[6,41-19,59] et 62% plutôt d'accord IC95[52,49-71,51]).

Graphique n°19: Le recours au questionnaire B.I.T.E

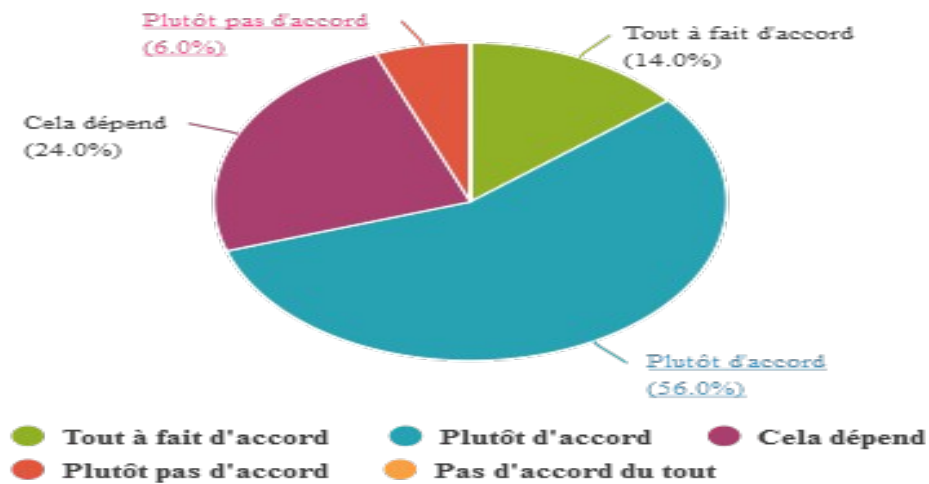


3.5. La modification de la prise en charge en cas de B.I.T.E positif.

En cas de B.I.T.E positif, 14% (IC95[7,20-20,80]) des médecins étaient tout à fait d'accord et 56% (IC95[46,27-65,73]) étaient plutôt d'accord avec le principe de modifier leur prise en charge médicale.

En revanche, 6% (IC95[1,35-10,65]) n'étaient plutôt pas d'accord avec le fait de modifier leur prise en charge médicale. A noter qu'il n'y a eu aucune réponse pas d'accord du tout.

Graphique n°20: Modification de la prise en charge en cas de positivité du B.I.T.E



III. L'analyse bi-variée

Le but de l'analyse bi-variée était d'évaluer si certains éléments du profil démographique et professionnel des médecins (l'âge, l'ancienneté, le milieu d'exercice, le type d'exercice, l'organisation des consultations...) étaient corrélés à :

- une connaissance de cette association de pathologies.
- une utilisation plus aisée du questionnaire B.I.T.E.

L'analyse s'est donc concentrée sur 4 questions. (annexe n°5)

1. Corrélation entre le profil du praticien et la connaissance de cette association de pathologie ?

Selon l'analyse multivariée par régression logistique, il ressort que le type d'exercice libéral et mixte facilitaient la connaissance de cette association de pathologies entre diabète 2 et TCA. ($p < 0,05$).

2. Corrélation entre le profil du praticien et les réponses à la question : le B.I.T.E complète-il la clinique ?

L'analyse multivariée n'a pas permis de mettre en évidence une association significative entre le profil des praticiens et l'utilisation du B.I.T.E comme complément de la clinique.

3. Corrélation entre le profil du praticien et le recours au B.I.T.E ?

Selon l'analyse multivariée, il ne ressort aucune donnée significativement pertinente sur cette association.

4. Corrélation entre le profil du praticien et la modification de la prise en charge du patient en cas de B.I.T.E positif ?

Aucune association significative n'a été mise en évidence entre le mode d'exercice, le profil des médecins et la modification de la prise en charge des patients en cas de B.I.T.E positif.

Discussion

I. Discussion autour de l'échantillon

L'échantillon de départ a été tiré au sort pour plus de représentativité et pour diminuer les biais. Le taux de réponse obtenu suite à l'envoi de 309 questionnaires est de 32,4%, soit 100 questionnaires réponses inclus dans cette étude. L'objectif fixé au départ pour le taux de réponse est donc atteint (cf paragraphe « méthode »). Ce taux de réponse relativement élevé pour ce type d'étude peut s'expliquer par :

- la simplicité de l'utilisation du questionnaire et la gestion des relances via le logiciel Lesphnix ayant permis des relances nombreuses et ciblées (sur les abandons de questionnaire/sur les non réponses)
- un nombre plus important de jeunes médecins installés depuis moins de 5 ans dans les Bouches-du-Rhône.

1. Démographie médicale et représentativité de l'échantillon.

1.1. Parité Homme-Femme

Dans l'échantillon réponse la proportion homme-femme reste équilibrée, il n'y a pas, de ce point de vue là, de différence significative. En France, en janvier 2018, les femmes représentaient 48,2% des médecins en activité régulière.[36] Pour mémoire, dans mon étude, 52% de médecins interrogés étaient des femmes.

1.2. L'âge de l'échantillon

La moyenne d'âge nationale actuelle des médecins généralistes en janvier 2018 était de 50,6 ans. Celle de notre échantillon réponse est presque superposable avec une moyenne d'âge de 45,62 ans.

1.3. La démographie

1.3.1. Répartition des médecins

Les départements ou les médecins ont le plus répondu sont:

- les Bouches-du-Rhône
- le Var
- le Vaucluse

Ceci peut être en partie expliqué par la forte proportion de médecins généralistes dans le département des Bouches-du-Rhône au sein de la région PACA. (3126 recensés contre 1480 dans le Var et 750 dans le Vaucluse)[36]

1.3.2. Les milieux d'exercice

Tout en reflétant les données actuelles, j'ai pu constater que, dans mon étude, presque $\frac{3}{4}$ des médecins interrogés ont une activité en milieu urbain. Et presque $\frac{1}{3}$ en milieu semi rural.

2. Le profil professionnel des médecins

2.1. Le mode d'exercice

La majorité des médecins de mon étude exerce en cabinet de groupe. Ces résultats corroborent les données d'autres études statistiques de santé publique montrant que l'activité de groupe est en augmentation depuis les années 1980 et que les médecins en cabinet de groupe consacrent plus de temps dans les activités de formation professionnelle dont peuvent faire partie les travaux de thèse.[36]

Il est également tout à fait probable que les médecins regroupés partagent plus leurs expériences avec leurs associés qu'un médecin travaillant seul.

Mon étude rapporte par ailleurs que des activités libérales ou mixtes faciliteraient la connaissance de cette association de pathologies entre le diabète de type 2 et les TCA.

Néanmoins, ces résultats s'expliquent par le fait que, dans mon étude, la population de médecins libéraux soit sur-représentée.

2.2. L'ancienneté et l'expérience

La faible relative quantité de réponses que j'ai pu obtenir de la part de médecins plus expérimentés peut s'expliquer par le fait que la problématique des TCA de type HB/BN chez le diabétique 2 soit méconnue car peu médiatisée.

D'autre part il est possible que les jeunes médecins interrogés n'aient pas ou peu été confrontés à des patients diabétiques 2 suspectés ou atteints de TCA de type BN/HB.

2.3. Les médecins face à la Boulimie nerveuse et l'Hyperphagie boulimique

Malgré la caractère récent et peu connu de la problématique de mon étude, il en ressort qu'un peu plus d'un quart des médecins interrogés avaient connaissance de cette association de pathologie entre le diabète de type 2 et les TCA de type BN/HB.

Il est tout à fait probable qu'elle soit le fait d'une mise en valeur de cette association de pathologies dans les dernières recommandations HAS sur le diabétique de type 2.

II. Discussion autour des résultats

1. La connaissance du questionnaire B.I.T.E

Plus de 90% des médecins n'avaient pas connaissance du questionnaire B.I.T.E.

Je n'ai pas mis en évidence, dans mon étude, de corrélation entre le fait d'avoir connaissance de cette association de pathologies et la connaissance de l'existence du B.I.T.E.

L'emploi des questionnaires ou QAA est souvent complexe, de part leur nombreux items et l'aspect déshumanisant pouvant en partie expliquer leur inadéquation avec les consultations de médecine générale.

Cependant, à la suite de cette enquête, 13 médecins avaient déclaré l'avoir utilisé au moins une fois.

2. La faisabilité du B.I.T.E

2.1. Commodité du B.I.T.E: confort des patients/aisance des médecins

Malgré la méconnaissance de cette association de pathologies, les médecins se sentaient, pour la plus grande majorité, tout à fait à l'aise avec le fait d'aborder le sujet des TCA avec les patients, sans ressentir un sentiment de gêne ou d'inconfort de la part de leurs patients.

Ce qui encourage, à mon sens, les perspectives de diffusions de ce type d'outils de repérage.

Néanmoins, cela reste subjectif selon le patient, son vécu, son histoire, son ressenti et la relation établie avec lui.

2.2. A quel moment utiliser le questionnaire ?

La grande majorité des médecins est favorable à une utilisation dédiée du questionnaire lors, par exemple, de consultations programmées. Car la démarche de repérage peut se révéler chronophage.

En effet, il paraît légitime de cibler les patients selon des faisceaux d'indices. Certains auteurs proposent de rechercher un TCA chez des patients ayant un plus jeune âge lors du diagnostic de diabète, un surpoids ou une obésité, la présence d'un état dépressif ou d'une affection psychiatrique sous-jacente ou encore d'un déséquilibre glycémique.[16]

Devant ces indices faisant suspecter un TCA, une approche systématique centrée sur les plaintes somatiques (cf annexe 5), le contexte psychosocial, la courbe pondérale (prise pondérale par pallier ou de type «Yo-Yo») et le carnet à glycémie pourrait permettre de se rapprocher le plus souvent du diagnostique.[16]

Le praticien ne doit pas occulter de cette démarche la possibilité que le patient soit en déni (phase de contemplation).

3. L'utilité du B.I.T.E

3.1. Le B.I.T.E et le dépistage de masse

1/3 des médecins interrogés utiliseraient le B.I.T.E comme outil de dépistage de masse chez des patients DT2 en surpoids ou obèse.

Le B.I.T.E reste un des rares QAA existant permettant le dépistage de la BN/HB

Toutefois, malgré les point forts de cet outil de dépistage [validé en anglais ; court et simple à utiliser ; version française souvent employée en clinique et lors d'études]; ses points faibles [pas de validation en français ; non fiable pour détecter les personnes souffrant d'anorexie mentale de type avec crises de boulimie, les sous-seuils de la boulimie ou l'hyperphagie boulimique; validation anglaise du B.I.T.E effectuée en 1987 selon les critères de la boulimie du DSM-III et de Russell datant de 1979] [37], rendent difficile son utilisation en tant qu'outil de dépistage de masse.

D'autre part, et il s'agit du point le plus important, les QAA classiques recherchant les TCA ne sont pas adaptés à la double problématique car certaines questions chevauchent la symptomatologie alimentaire et le traitement diabétique ne permettant pas de discriminer entre l'adhérence au traitement diabétique et un TCA. De ce fait, certains chercheurs recommandent d'utiliser des QAA plus adaptés. Le SCOFF-m pour la BN et le QACD (version francophone du DEPS-R) peuvent s'avérer être des outils spécifiques fiables et pertinents lorsqu'il s'agit de dépister un TCA chez des patients DT2.[55],[57] Bien qu'ils ne puissent être utilisés seuls pour établir un diagnostic formel de troubles de l'alimentation.

3.2. L'influence du B.I.T.E sur le changement de prise en charge thérapeutique.

Presque $\frac{3}{4}$ des médecins interrogés déclaraient changer leur prise en charge en cas de B.I.T.E positif. Or des études montrent que la prise en charge des TCA a des impacts sur la morbidité et de meilleurs résultats sur la perte pondérale des patients diabétiques 2 [16]. Par conséquent, je pense que ces données devraient nous inciter à diffuser et faire connaître ces questionnaires dans le cadre d'un dépistage ciblé.

III. Discussion autour de la méthodologie

1. Limites et biais de l'étude.

Cette étude est impactée par le manque de représentativité de notre échantillon de départ. Cet élément a pu induire des biais de sélection et de réponse.

2. Forces de l'étude.

L'ergonomie du questionnaire et le système de relance ont facilité le nombre de participants et surtout de diminuer au maximum les non réponses et ainsi prévenir les biais de sélection.

Conclusion

Le dépistage de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique en médecine de soins primaires est complexe et peut nécessiter, parfois, plusieurs consultations. Il existe souvent un retard de diagnostic.

Le caractère évolutif et insidieux des TCA, souvent caché ou ignoré par le patient, et leurs retentissements sont autant de raisons pour généraliser leur dépistage et diffuser plus largement ces outils de dépistage.

Actuellement, aucun outil validé en français ne permet de dépister et d'évaluer l'HB ou la BN contrairement au questionnaire SCOFF-F, validé en français pour le dépistage de la BN et de l'AN.

Malgré le fait qu'il soit méconnu des médecins généralistes, le questionnaire B.I.T.E reste un outil fiable, relativement court et simple pour évaluer les TCA du type HB ou BN mais non spécifique lorsqu'il s'agit d'évaluer les comportements boulimiques des patients souffrant de BN et d'HB chez les patients diabétiques de type 2.

Néanmoins, le QACD (version francophone du DEPS-R), une échelle très récente et plus spécifique, a montré une bonne validité et fiabilité pour évaluer le risque de TCA chez les patients DT2 et DT1.

Mon étude a montré qu'une majorité de médecins juge le questionnaire B.I.T.E faisable et utile en pratique de soins primaires. Ils seraient prêts à l'utiliser face à une suspicion d'HB ou de BN chez un patient diabétique 2 en situation de surpoids ou d'obésité et modifieraient leur prise en charge en cas de positivité du questionnaire.

Cependant, ils estiment que ce questionnaire n'est pas adapté pour un dépistage de masse.

D'autre part, mon étude a pu mettre en valeur le fait que les médecins exerçant en groupe avaient une meilleure connaissance de cette association de pathologies que les médecins exerçant seul dans leur cabinet. Mais mon travail n'a pas pu souligner d'autres critères pouvant être corrélés à une utilisation plus aisée du questionnaire B.I.T.E ou à une plus large connaissance de cette double problématique.

Néanmoins, cette étude montre l'intérêt de mettre en lumière cette association de pathologies ainsi que les instruments de mesures spécifiques qui permettent d'évaluer la problématique alimentaire chez les patients DT2.

Lors de consultations dédiées et grâce à une utilisation judicieuse de ces outils, motivée par des indices cliniques et anamnestiques, nous pourrions affiner le repérage et la prise en charge précoce de ces troubles, améliorant potentiellement le pronostic et la qualité de vie des patients qui en sont atteints.

Le serment d'Hippocrate

Revu par l'Ordre des médecins en 2012.

“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité. Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”

Références Bibliographiques

- [1] André Grimaldi (Paris), Fabrizio Andreelli (Paris), Jean-Louis Schlienger (Strasbourg), Bruno Vergès (Dijon), et Caroline Martineau (Toulouse). «Référentiel de bonnes pratiques Nutrition & Diététique, Diabète de type 2 de l'adulte», 2014, Elsevier Masson SAS édition.
- [2] Annick MOREL Dr Gilles LECOQ Danièle JOURDAIN-MENNINGER. «Évaluation de la prise en charge du diabète». avril 2012, l'Inspection générale des affaires sociales édition.
- [3] Raevuori, A., et al., Highly increased risk of type 2 diabetes in patients with binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2014.
- [4] Ercan, A. and G. Kiziltan, Obesity-related abnormal eating behaviors in Type 2 diabetic patients. *Pakistan journal of medical sciences*, 2013. **29**(6): p. 1323
- [5] Nicolau, J., et al., Eating disorders are frequent among type 2 diabetic patients and are associated with worse metabolic and psychological outcomes: results from a cross-sectional study in primary and secondary care settings. *Acta Diabetologica*, 2015: p. 1-8
- [6] Orlandi, E., SISDCA-Study Group on Psychometrics, E. Mannucci, et Massimo Cuzzolaro. «Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE). A Validation Study of the Italian Version». *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 10, n° 1 (s.d.): e14-20.
- [7] Mme Estelle Lavie, Mme, Mme Marie Georget, Mme Renée Cardoso. «Haute Autorité de Santé: Boulimie et hyperphagie boulimique: Repérage et éléments généraux de prise en charge», novembre 2015, Haute Autorité de santé Service Communication édition.
- [8] LAMAS.C, SHANKLAND.R, NICOLAS.I, GUELFJ J-D. Les troubles du comportement alimentaire. Septembre 2012 (Elsevier Masson).
- [9] DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé. American Psychiatric Association. ISBN 2-294-00663-1. Elsevier Masson, Paris 2003. 1002 pages.
- [10] DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. American Psychiatric Association. Elsevier Masson, Paris 2015.
- [11] «Addiction à l'alimentation: Un Concept Ancien, Une Mesure Récente». *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* 176, n° 8 (1 octobre 2018): 783-87. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.08.018>.
- [12] Allison, Kelly C., Scott J. Crow, Rebecca R. Reeves, Delia Smith West, John P. Foreyt, Vicki G. DiLillo, Thomas A. Wadden, Robert W. Jeffery, Brent Dorsten, et Albert J. Stunkard. «Binge Eating Disorder and Night Eating Syndrome in Adults with Type 2 Diabetes». *Obesity* 15, n° 5 (1 mai 2007): 1287- 93. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.150>.

- [13] Karen K. Saules, PhD, Jillian Carey, MS, Meagan M. Carr, MS, and Rachel M. Sienko, MS. «Binge-Eating Disorder: Prevalence, Predictors, and Management in the Primary Care Setting». Journal of clinical outcomes management vol.22, n° No 11 (novembre 2015). https://www.researchgate.net/publication/284186878_Binge-eating_disorder_Prevalence_predictors_and_management_in_the_primary_care_setting.
- [14] Netgen. « Comment détecter des troubles du comportement alimentaire chez des patients obèses ? » Revue Médicale Suisse. 2005. <https://www.revmed.ch/RMS/2001/RMS-2353/21508>.
- [15] S Sultan¹, A Hartemann-Heurtier², A Grimaldi². « Comprendre les patients pour promouvoir l'auto-régulation dans le diabète de type 2: Vivre avec une maladie évolutive qui commence avant son début. » Diabètes Metab 2003,29,00-00 • © 2003 Masson, Masson, s.d.
- [16] Giacomo Gastaldi, Juan Ruiz, Vittorio Giusti. « Diabète de type 2: n'oubliez pas les troubles du comportement alimentaire! » Rev Med Suisse 2009 volume 5 (mars 2009): 667-70.
- [17]I. Carrard C. Haenni M. Reiner A. Golay. « Obésité et troubles du comportement alimentaire: comment faire? » Revue Médicale Suisse, 2005. <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-12/30275>.
- [18] Khiari, M, H Zahra, F Boukhatyia, S Zribi, R Mizouri, A Temessek, et F Ben Mami. Prévalence des troubles du comportement alimentaire dans une population de patientes diabétiques. Vol. 79, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ando.2018.06.895>.
- [19] Geneviève Imbert. « VERS UNE ÉTUDE ETHNOÉPIDÉMIOLOGIQUE DU DIABÈTE DE TYPE 2 ET DE SES COMPLICATIONS ». S.F.S.P. | « Santé Publique » 2 Vol. 20 | pages 113 à 124 (2008). <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-2-page-113.htm>.
- [20]M. Henderson (a1) and C. P. L. Freeman. « A Self-rating Scale for Bulimia the 'BITE' ». The British Journal of Psychiatry, janvier 1987.
- [21] De Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. Int J Obes Relat Metab Disord 2001; 25:S51–S55. [PubMed]
- [22] Elena Succurro, MD, Cristina Segura-Garcia, MD, PhD, Mariafrancesca Ruffo, MD, Mariarita Caroleo, MD, Marianna Rania, MD, Matteo Aloï, PsD, Pasquale De Fazio, MD, Giorgio Sesti, MD, and Franco Arturi, MD, PhD. « Obese Patients With a Binge Eating Disorder Have an Unfavorable Metabolic and Inflammatory Profile. », 31 décembre 2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5291597/>.
- [23] Wilson GT. « Treatment of binge eating disorder. » Psychiatr Clin North Am, décembre 2011. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22098803>.
- [24] Ghaderi A1, Odeberg J2, Gustafsson S3,4, Råstam M5,6, Brolund A2, Pettersson A2, Parling T4,7. « Psychological, pharmacological, and combined treatments for binge eating

disorder: a systematic review and meta-analysis.» PeerJ., 21 juin 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29942715>.

[25] Ball K, Kenardy J. Body weight, body image, and eating behaviours : Relationships with ethnicity and acculturation in a community sample of young Australian women. *Eat Behav* 2002;3:205-16.

[26] Brody ML, Walsh BT, Devlin MJ. Binge eating disorder : Reliability and validity of a new diagnostic category. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:381-6.

[27] Adami GF, et al. Binge eating in massively obese patients undergoing bariatric surgery. *Int J Eat Disord* 1995;17:45-50.

[28] Kenardy J, et al. Group therapy for binge eating in Type 2 diabetes : A randomized trial. *Diabet Med* 2002;19:234-9.

[29] Jakicic JM, Wing RR, Winters-Hart C. Relationship of physical activity to eating behaviors and weight loss in women. *Med Sci Sports Exerc* 2002;34:1653-9.

[30] Abate N, Chandalia M. The impact of ethnicity on type 2 diabetes, *Journal of Diabetes and its complications* 2003;17:39-58

[31] Treasure J., Claudino A.-M., Zucker N., *Eating Disorders, Lancet*. Feb. 2010, 375(9714), p. 583-593. doi : 10.1016/S0140-6736(09)61748-7.

[32] Ann E. Macpherson-Sánchez, EdD, MNS. «Integrating Fundamental Concepts of Obesity and Eating Disorders: Implications for the Obesity Epidemic.» *Am J Public Health*, avril 2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4358173/>.

[33] Panel d'experts AFERO, ALFEDIAM, SNDLF. Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité. *Cah Nutr Diét* 1998 ; 33 (Suppl. 1) : 1-48.

[34] Vénisse JL. Mieux comprendre les troubles du comportement alimentaire. In Dossier « Anorexie, boulimie : prévenir, éduquer, soigner ». INPES. *La santé de l'homme* 2008;394:13-5.

[35] Mary Yannakoulia. «Eating Behavior among Type 2 Diabetic Patients: A Poorly Recognized Aspect in a Poorly Controlled Disease». *The Review of Diabetic Studies* volume 3, n° N°1 (novembre 2006).

[36] Dr Patrick BOUET, Dr Jean Marcel MOURGUES. «ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE EN FRANCE». ordre national des médecins, conseil national de l'ordre, janvier 2018. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf.

[37] Mathilde Chappuis et Tania Lourenco. «Étude pilote de validation de la trame d'entretien de l'Évaluation Structurée des Comportements Alimentaires Problématiques (ESCAP)». Haute école de santé Geneve, filiere Nutrition et diététique, 2012 2011. https://doc.rero.ch/record/31754/files/TB_DIET_2012_3_Chappuis.pdf.

- [38] Federation International du Diabete. «DAWN2: Évaluer le soutien psycho-social des personnes atteintes de diabète et de leur famille.» FID, diabetes voices, perspectives globales sur le diabete, 58, n° spécial 2 (décembre 2013).
- [39] Reslan S, Saules KK. Assessing the prevalence of and factors associated with overweight, obesity, and binge eating as a function of ethnicity. *Eat Weight Disord-St* 2013;18:209–19.
- [40] Grilo CM, White MA, Barnes RD, et al. Psychiatric disorder co-morbidity and correlates in an ethnically diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Compr Psychiatry* 2012;54:209–16
- [41] Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;61:348–58.
- [42] White MA, Masheb RM, Grilo CM. Function of binge eating behavior. *Int J Eat Disord* 2010;43:572–75.
- [43] Popkin BM. The nutrition transition in low income countries: an emerging crisis. *Nutr Rev.* 1994;52:285-98
- [44] Isabelle Carrard, Maaïke Kruseman, Mathilde Chappuis, Noémi Schmutz, Magali Volery. «Un outil pour évaluer les comportements alimentaires: ESSCA». *Rev Med Suisse* volume 12. (2016): 591-96.
- [45] Gagnon C1, Aimé A2, Bélanger C. «Predictors of Comorbid Eating Disorders and Diabetes in People with Type 1 and Type 2 Diabetes.» *Can J Diabetes*, février 2017.
- [46] Wolf N. *The Beauty Myth: How images of beauty are used against women.* London: Vintage; 1991.
- [47] L.Bourdiera1M.Orrib1A.CarrecA.N.GearhardtdL.RomoeC.DantzerfS.Berthozbg. «Are emotionally driven and addictive-like eating behaviors the missing links between psychological distress and greater body weight?» 120 (1 janvier 2018): 536-46.
- [48] L. Bourdier et al. «Alimentation émotionnelle et addiction à l'alimentation.», août 2017. <https://www.em-consulte.com/article/1136990/alimentation-emotionnelle-et-addiction-a-l-aliment>.
- [49] Flahavan C. Detection, assessment and management of eating disorders; how involved are GPs? *Ir J Psychol Med* 2006;23(3):96-9.
- [50] F. Duarte Garcia. «Troubles du comportement alimentaire: mieux dépister pour traiter précocement». *Correspondances en Métabolismes Hormones Diabètes et Nutrition, La Lettre du Psychiatre*, Vol. VII-n° 4 (août 2011).
- [51] Jauch-Chara K, Oltmanns KM. Obesity – a neuropsychological disease? Systematic review and neuropsychological model. *Prog Neurobiol* 2014;114:84-101.

- [52] Davis C. A narrative review of binge eating and addictive behaviors : shared associations with seasonality and personality factors. *Front Psychiatry* 2013;4:183.
- [53] M. Le Barzic. «Le syndrome de restriction cognitive: de la norme au désordre du comportement alimentaire.» *Diabetes & Metabolism* Vol 27, N° 4 (septembre 2001): p512.
- [54] Yanling Wu, Yanping Ding, Yoshimasa Tanaka, Wen Zhang. «Risk Factors Contributing to Type 2 Diabetes and Recent Advances in the Treatment and Prevention.» *Int J Med Sci.*, 6 septembre 2014.
- [55] Cynthia Gagnon. « TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET DIABÈTE EN CON COMITANCE: ÉTIOLOGIE, ÉVALUATION ET TRAITEMENT.» thèse de doctorat en psychologie, janvier 2018. Université du Quebec à Montréal.
- [56] Jean-Louis Schlienger. «Complications du diabète de Type 2 diabetes» *La Presse Médicale* Volume 42, n° n° 5 (mai 2013): pages 839-848.
- [57] Cynthia Gagnon, Annie Aimé and Claude Bélanger. “Psychometric Properties of the French Diabetes Eating Problem Survey–Revised (DEPS-R).” *BAOJ Diabet*, January 2017. https://www.researchgate.net/publication/315940733_Psychometric_properties_of_the_French_Diabetes_Eating_Problem_Survey-Revised_DEPS-R.

Annexe n°1

Questionnaire de dépistage de la boulimie: Questionnaire auto-administré BITE:

Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (Hendersen M, Freeman CP).

Consignes

- Dépistage: sentiments et comportements durant les 3 derniers mois.
- Mesure de réponse au traitement: seul le dernier mois doit être pris en compte.

Oui/Non

1. Mangez-vous quotidiennement selon un schéma régulier?
2. Faites-vous un régime strict?
3. Si vous abandonnez une fois votre régime, est-ce un échec?
4. Calculez-vous les calories de tout ce que vous mangez, même lorsque vous ne suivez pas de régime?
5. Vous arrive-t-il de jeûner pendant toute la journée?
6. Si oui à quelle fréquence? (entourer le chiffre approprié)
 1. une fois seulement
 2. de temps en temps
 3. une fois par semaine
 4. deux ou trois fois par semaine
 5. tous les deux jours
7. Avez-vous recours aux moyens suivants pour perdre du poids?

(entourer le chiffre approprié)

	Jamais	Occasionnellement	1×/sem.	2-3×/sem.	Quotidien	2-3×/jour	5×/jour ou plus
Coupe-faim	0	2	3	4	5	6	7
Diurétiques	0	2	3	4	5	6	7
Laxatifs	0	2	3	4	5	6	7

Vomissements provoqués	0	2	3	4	5	6	7
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---

8. Votre schéma d'alimentation perturbe-t-il sévèrement votre vie?
9. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie?
10. Vous arrive-t-il de manger sans arrêt et de ne cesser que lorsque vous ressentez un malaise physique?
11. Y a-t-il des moments où vous ne pouvez plus penser à rien d'autre qu'à la nourriture?
12. Mangez-vous raisonnablement quand vous êtes en compagnie, tout en vous «rattrapant» quand vous êtes seul-e?
13. Pouvez-vous toujours arrêter de manger lorsque vous voulez?
14. Vous est-il arrivé d'éprouver un besoin irrésistible de manger d'énormes quantités de nourriture?
15. Avez-vous tendance à beaucoup manger lorsque vous êtes angoissé-e?
16. Êtes-vous terrifié-e à l'idée de devenir gros-se?
17. Vous est-il arrivé de manger de grandes quantités de nourriture rapidement?
(en dehors des repas)
18. Avez-vous honte de vos habitudes alimentaires?
19. Craignez-vous de ne plus avoir le contrôle sur la quantité de nourriture que vous mangez?
20. Vous raccrochez-vous à la nourriture pour vous réconforter?
21. Pouvez-vous laisser des restes sur votre assiette à la fin de repas?
22. Cachez-vous aux autres combien vous mangez?
23. La faim détermine-t-elle la quantité de ce que vous mangez?
24. Vous est-il arrivé de dévorer irrésistiblement d'énormes quantités de nourriture?
25. Si oui, cela vous rend-il très malheureu-x-se?
26. Lorsque vous dévorez d'énormes quantités de nourriture, le faites-vous uniquement en cachette?
27. A quelle fréquence moyenne le faites-vous?

(voir question 26) (entourer le chiffre approprié)

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| 1. presque jamais | 4. 2 à 3 fois par semaine |
| 2. une fois par mois | 5. quotidiennement |
| 3. une fois par semaine | 6. 2 à 3 fois par jour |

28. Seriez-vous capable de faire des démarches considérables pour satisfaire ce besoin irrésistible de manger?

29. Vous sentez-vous très coupable lorsque vous avez trop mangé?

30. Vous arrive-t-il de manger en cachette?

31. Considérez-vous vos habitudes alimentaires comme normales?

32. Vous considérez-vous comme un(e) mangeu-r-se compulsi-f-ve?

33. Votre poids fluctue-t-il de plus de 2 kg par semaine?

✓ Interprétation du score B.I.T.E par le professionnel:

➤ Échelle de symptômes

Questions en noir **gras**:

1	13	21	23	31
---	----	----	----	----

Nombre de **NON**

Questions en noir:

2	3	4	5	8	9	10	11	12	14
---	---	---	---	---	---	----	----	----	----

15	16	17	18	19	20	22	24
----	----	----	----	----	----	----	----

25	26	28	29	30	32	33
----	----	----	----	----	----	----

Nombre de OUI

Total

Interprétation:

Points	Score	Interprétation
<10	bas	Comportement dans la norme
Entre 10 et 19	moyen	Frénésie alimentaire à investiguer
≥ 20	élevé	Probabilité de boulimie élevée

➤ Échelle de sévérité

Questions en rouge

6	7	27
---	---	----

Somme des résultats obtenus

Interprétation

Points	Score	Interprétation
<5	bas	Cliniquement non significatif

Entre 5 et 10	moyen	Cliniquement significatif
≥ 10	élevé	Haut degré de sévérité

Annexe n°2:

questionnaire envoyé aux médecins généralistes

Préambule

Voici le contexte actuel au regard des données scientifiques disponibles sur le sujet:

1/ Chez les patients souffrant d'un diabète de type 2, l'incidence des troubles des conduites alimentaires TCA est de l'ordre de 10% à 20% et certains chercheurs affirment même qu'elle est de l'ordre de 40% si le patient présente concomitamment un surpoids ou une obésité .

2/ Au moins 80% des DIABETIQUE DE TYPE 2 souffrent d'obésité ou de surpoids.

3/ Les patients souffrant de boulimie nerveuse/hyperphagie boulimique consultent peu (seulement 12 % en parleraient à un médecin généraliste et la moitié aurait recours à un psychiatre).

Les TCA méritent donc d'être investigués, car leur prise en charge permet une amélioration de la morbidité et de meilleurs résultats sur la perte pondérale. Par ailleurs, l'hyperphagie boulimique semble impliquée tant comme facteur étiologique que pronostic de la prise de poids et de ce fait souvent présente chez les patients souffrant d'un DT2 avec obésité.

Le questionnaire B.I.T.E (Bulimic Investigatory Test, Edinburgh) de Henderson (1987) est un auto-questionnaire de 33 items qui évalue les comportements boulimiques et permet ainsi de repérer les individus souffrant de boulimie nerveuse ou de « binge eating » en population générale ou clinique.

Je vous invite à visualiser ce site internet, dédié aux troubles des conduites alimentaires, mis en **lien ci-dessous**, pour avoir **ACCES AU QUESTIONNAIRE B.I.T.E** et **SON INTERPRETATION EN DIRECT** selon les réponses du patient :

<https://www.anorexie-et-boulimie.fr/testez-vous-6-questionnaires-de-bite-scoff.htm>

Formulaire d'identification

Q1: Sexe: Femme/Homme/Autre

Q2: Année de naissance:

Q3: Année d'obtention de l'ECN (sauf si antérieur):

Q4: Ancienneté d'installation:

Q5: Type d'installation:

Q6: Type d'exercice:

Q7: Organisation de vos consultations:

Q8: Type géographique d'installation:

Q9: Département d'installation actuel (code postal)

Votre e-mail ((Les données nominatives sont strictement réservées à la personne assurant le recueil des données et serviront à l'anonymisation de ces dernières. Elles n'apparaîtront pas dans l'analyse et les résultats de l'étude et ne seront pas diffusées à de tierces personnes).

Questionnaire relatif à l'enquête

Q10: Aviez-vous connaissance de l'existence de cette association de pathologies chez ces patients diabétiques 2 avant réception de cet e-mail ?

Oui/Non/Vaguement

Q11: Aviez-vous connaissance de l'existence du questionnaire B.I.T.E avant réception de cet e-mail?

Oui/Non/Vaguement

Q12: Avez-vous utilisé ce questionnaire depuis sa réception par e-mail?

Oui, au moins une fois/Non/Parfois, au moins cinq fois.

Q13: Vous semble-t-il adapté chez les patients en surpoids, obèses ou diabétiques 2?

Pas d'accord du tout/ Plutôt pas d'accord/cela dépend/Plutôt d'accord/Tout à fait d'accord
patients en surpoids/patients obèses/patients diabetiques2

Q14: Pensez-vous que les patients puissent se sentir à l'aise en répondant au questionnaire ?

Oui/Non/Cela dépend

Q15: Vous sentez-vous à l'aise en abordant le sujet des troubles du comportement alimentaire avec les patients ?

Oui/Non/Cela dépend

Q16: Est-il relativement facile à réaliser en consultation ?

Pas d'accord du tout/Plutôt pas d'accord/Cela dépend/Plutôt d'accord/Tout à fait d'accord

En consultation habituelle/En consultation dédiée

Q17: Selon vous, est ce que ce test complète-t-il la clinique ?

Tout à fait d'accord/Plutôt d'accord/Cela dépend/Plutôt pas d'accord/Pas d'accord du tout

Q18: Ce questionnaire vous semble-t-il utilisable comme outil de dépistage de masse ?

Tout à fait d'accord/Plutôt d'accord/Cela dépend/Plutôt pas d'accord/Pas d'accord du tout

Q19: Pensez vous avoir recours à ce questionnaire en cas de suspicion d'hyperphagie boulimique ou de boulimie nerveuse (chez des patients diabétiques 2 ou obèses par exemple)?

Tout à fait d'accord/Plutôt d'accord/Cela dépend/Plutôt pas d'accord/Pas d'accord du tout

Patient Diabétique 2/Patient Obèse/Patient en surpoids/Patient diabétique 2 dans l'une des deux situations précédentes

Q20: Si le résultat du questionnaire est positif modifieriez-vous votre prise en charge ?

Tout à fait d'accord/Plutôt d'accord/Cela dépend/Plutôt pas d'accord/Pas d'accord du tout

Annexe n°3

Département d'installation actuel (code postal)

	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>%</u>	<u>IC</u>
13010	8	8,1%	8,1%	2,71% < f < 13,45%
13001	7	7,1%	7,1%	2,02% < f < 12,12%
13013	6	6,1%	6,1%	1,36% < f < 10,76%
13300	6	6,1%	6,1%	1,36% < f < 10,76%
13004	5	5,1%	5,1%	0,74% < f < 9,36%
13008	5	5,1%	5,1%	0,74% < f < 9,36%
13005	4	4,0%	4,0%	0,16% < f < 7,92%
13190	4	4,0%	4,0%	0,16% < f < 7,92%
13006	3	3,0%	3,0%	0,00% < f < 6,41%
13007	3	3,0%	3,0%	0,00% < f < 6,41%
13400	3	3,0%	3,0%	0,00% < f < 6,41%
13530	3	3,0%	3,0%	0,00% < f < 6,41%
13002	2	2,0%	2,0%	0,00% < f < 4,79%
13012	2	2,0%	2,0%	0,00% < f < 4,79%
13015	2	2,0%	2,0%	0,00% < f < 4,79%
13112	2	2,0%	2,0%	0,00% < f < 4,79%
13380	2	2,0%	2,0%	0,00% < f < 4,79%
13320	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
13470	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
13000	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
13003	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
13009	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
13014	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
13021	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
13100	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
13120	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%

	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>%</u>	<u>IC</u>
13270	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
13330	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
13390	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
13450	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
13500	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
13600	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
13616	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
13620	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
13950	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
83170	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
83630	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
83110	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
83120	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
83000	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
83100	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
83190	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
83640	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
83670	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
84000	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
84110	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
84120	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
84800	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
84850	1	1,0%	1,0%	0,00% < f < 2,98%
Total	99	100,0%	100,0%	

Annexe n°4

Éléments somatiques évocateurs d'un TCA

Sphère gastro-intestinale

- Œsophagite, hématemèse • Ballonnements
- Vidange gastrique retardée • Prolapsus rectal
- Diminution de la motilité gastrique • Dilatation gastrique
- Constipation • Anomalie des tests hépatiques
- Diarrhée • Amylase élevée

Sphère endocrinienne et métabolique

- Euthyroid sick syndrome
- Hypercortisolisme, taux de cortisol urinaire élevé
- Aménorrhée, oligoménorrhée
- Dyslipidémie
- Obésité
- Infertilité
- Prise de poids insuffisante pendant la grossesse

Sphère cutanée

- Peau et cheveux secs
- Perte de cheveux

Annexe n°5:

Analyses multivariées

Croisement : Question 1: Aviez vous connaissance de l existence de cette association de pathologies chez ces patients diabétique 2 avant réception de cet e-mail ? / Année de naissance:

QUESTION_IAVIEZ_VO...	1987	1988	1964	1969	1986	1989	1962	1984	1990	1955	1956	1959	1960	1971
Oui	3.8%	7.7%	7.7%	3.8%	7.7%	3.8%	3.8%	0.0%	7.7%	3.8%	3.8%	3.8%	3.8%	3.8%
Non	11.3%	9.4%	3.8%	5.7%	1.9%	5.7%	5.7%	5.7%	1.9%	1.9%	3.8%	3.8%	3.8%	1.9%
Vaguement	9.5%	4.8%	4.8%	4.8%	9.5%	4.8%	0.0%	4.8%	4.8%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%
TOTAL	9.0%	8.0%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	4.0%	4.0%	4.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%

p-value = 1.0 ; Kht2 = 44.0 ; ddl = 66. La relation n'est pas significative.

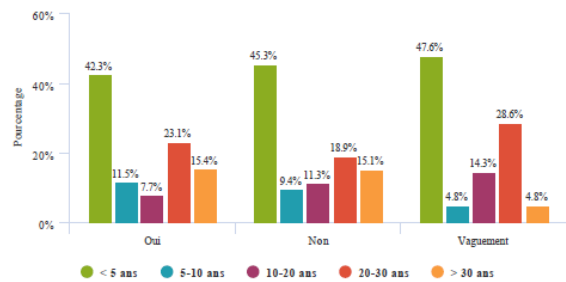
Croisement : Question 1: Aviez vous connaissance de l existence de cette association de pathologies chez ces patients diabétique 2 avant réception de cet e-mail ? / Année d'obtention de l'ECN (sauf si antérieur):

QUESTION_IAVIEZ_VO...	2013	2015	2014	2011	1991	2008	2009	2016	1984	1993	1999	2000	2004	2010
Oui	16.7%	22.2%	5.6%	5.6%	5.6%	5.6%	5.6%	0.0%	0.0%	5.6%	0.0%	0.0%	5.6%	5.6%
Non	13.2%	10.5%	13.2%	10.5%	2.6%	5.3%	5.3%	5.3%	5.3%	2.6%	5.3%	2.6%	2.6%	2.6%
Vaguement	12.5%	12.5%	18.8%	6.3%	6.3%	0.0%	6.3%	6.3%	0.0%	0.0%	0.0%	6.3%	0.0%	0.0%
TOTAL	13.9%	13.9%	12.5%	8.3%	4.2%	4.2%	4.2%	4.2%	2.8%	2.8%	2.8%	2.8%	2.8%	2.8%

p-value = 0.8 ; Kht2 = 41.7 ; ddl = 50. La relation n'est pas significative.

Croisement : Question 1: Aviez vous connaissance de l existence de cette association de pathologies chez ces patients diabétique 2 avant réception de cet e-mail ? / Ancienneté d'installation:

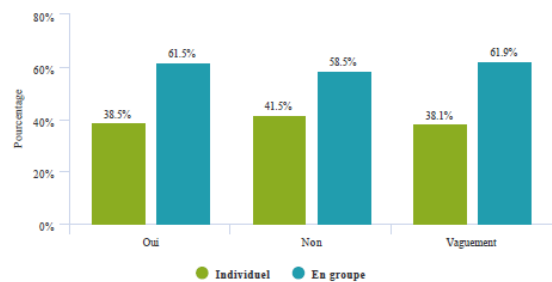
QUESTION_IAVIEZ_VO...	ANCIENNETE_DINSTALLATION					TOTAL
	< 5 ANS	5-10 ANS	10-20 ANS	20-30 ANS	> 30 ANS	
Oui	42.3%	11.5%	7.7%	23.1%	15.4%	100.0%
Non	45.3%	9.4%	11.3%	18.9%	15.1%	100.0%
Vaguement	47.6%	4.8%	14.3%	28.6%	4.8%	100.0%
TOTAL	45.0%	9.0%	11.0%	22.0%	13.0%	



p-value = 0.9 ; Kht2 = 3.2 ; ddl = 8. La relation n'est pas significative.

Croisement : Question 1: Aviez vous connaissance de l existence de cette association de pathologies chez ces patients diabétique 2 avant réception de cet e-mail ? / Type d'installation:

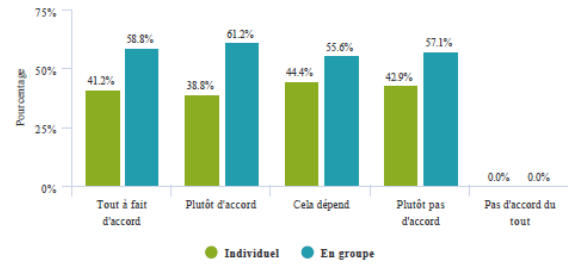
QUESTION_IAVIEZ_VO...	TYPE_DINSTALLATION		TOTAL
	INDIVIDUEL	EN GROUPE	
Oui	38.5%	61.5%	100.0%
Non	41.5%	58.5%	100.0%
Vaguement	38.1%	61.9%	100.0%
TOTAL	40.0%	60.0%	



p-value = 0.9 ; Kht2 = 0.1 ; ddl = 2. La relation n'est pas significative.

Croisement : Question 8: Selon vous, est ce que ce test complète-t-il la clinique ? / Type d'installation:

QUESTION_8_SELON_V...	TYPE_D'INSTALLATION				%
	INDIVIDUEL		EN GROUPE		
	%	IC	%	IC	
Tout à fait d'accord	41.2%	17.78% < f < 64.57%	58.8%	35.43% < f < 82.22%	100.0%
Plutôt d'accord	38.8%	27.14% < f < 50.47%	61.2%	49.53% < f < 72.86%	100.0%
Cela dépend	44.4%	11.98% < f < 76.91%	55.6%	23.09% < f < 88.02%	100.0%
Plutôt pas d'accord	42.9%	6.20% < f < 79.52%	57.1%	20.48% < f < 93.80%	100.0%
Pas d'accord du tout	0.0%	0.00% < f < 0.00%	0.0%	0.00% < f < 0.00%	100.0%

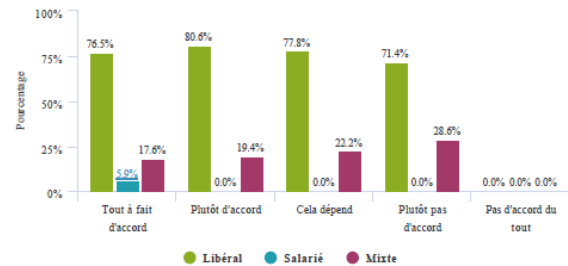


■ Éléments sous-représentés ■ Éléments sur-représentés

p-value = 1.0 ; Kht2 = 0.1 ; ddl = 3. La relation n'est pas significative.

Croisement : Question 8: Selon vous, est ce que ce test complète-t-il la clinique ? / Type d'exercice:

QUESTION_8_SELON_V...	TYPE_D'EXERCICE				TOTAL
	LIBÉRAL	SALARIÉ	MIXTE	TOTAL	
Tout à fait d'accord	76.5%	5.9%	17.6%	100.0%	
Plutôt d'accord	80.6%	0.0%	19.4%	100.0%	
Cela dépend	77.8%	0.0%	22.2%	100.0%	
Plutôt pas d'accord	71.4%	0.0%	28.6%	100.0%	
Pas d'accord du tout	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
TOTAL	79.0%	1.0%	20.0%		

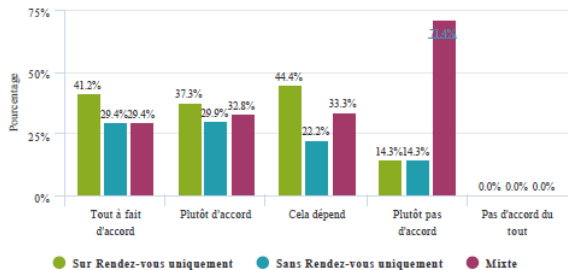


■ Éléments sous-représentés ■ Éléments sur-représentés

p-value = 0.5 ; Kht2 = 5.3 ; ddl = 6. La relation n'est pas significative.

Croisement : Question 8: Selon vous, est ce que ce test complète-t-il la clinique ? / Organisation de vos consultations:

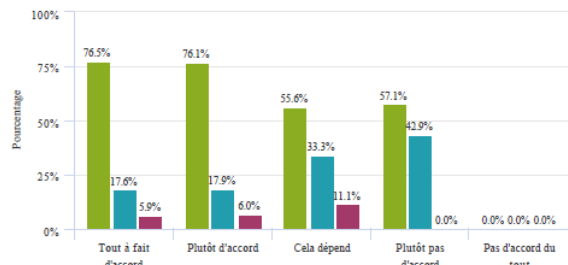
QUESTION_8_SELON_V...	ORGANISATION_DE_VOS_CON				
	SUR RENDEZ-VOUS UNIQUEMENT		SANS RENDEZ-VOUS UNIQUEMENT		%
	%	IC	%	IC	
Tout à fait d'accord	41.2%	17.78% < f < 64.57%	29.4%	7.75% < f < 51.07%	29.4%
Plutôt d'accord	37.3%	25.73% < f < 48.89%	29.9%	18.89% < f < 40.81%	32.8%
Cela dépend	44.4%	11.98% < f < 76.91%	22.2%	0.00% < f < 49.38%	33.3%
Plutôt pas d'accord	14.3%	0.00% < f < 40.21%	14.3%	0.00% < f < 40.21%	71.4%
Pas d'accord du tout	0.0%	0.00% < f < 0.00%	0.0%	0.00% < f < 0.00%	0.0%



■ Éléments sous-représentés ■ Éléments sur-représentés

Croisement : Question 8: Selon vous, est ce que ce test complète-t-il la clinique ? / Type géographique d'installation:

QUESTION_8_SELON_V...	TYPE_GEOGRAPHIQUE_D'INSTALLATION			TOTAL
	URBAIN	SEMI RURAL	RURAL	
Tout à fait d'accord	76.5%	17.6%	5.9%	100.0%
Plutôt d'accord	76.1%	17.9%	6.0%	100.0%
Cela dépend	55.6%	33.3%	11.1%	100.0%
Plutôt pas d'accord	57.1%	42.9%	0.0%	100.0%
Pas d'accord du tout	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
TOTAL	73.0%	21.0%	6.0%	



■ Éléments sous-représentés ■ Éléments sur-représentés

p-value = 0.7 ; Kht2 = 4.2 ; ddl = 6. La relation n'est pas significative.

Croisement : Question 8: Selon vous, est ce que ce test complète-t-il la clinique ? / Année d'obtention de l'ECN (sauf si antérieur):

QUESTION_8_SELON_V...	ANNEE_DOBTEMENT_DE_LEC													
	2013	2015	2014	2011	1991	2008	2009	2016	1984	1993	1999	2000	2004	2010
Tout à fait d'accord	9.1%	0.0%	36.4%	0.0%	0.0%	0.0%	9.1%	0.0%	0.0%	18.2%	0.0%	0.0%	9.1%	0.0%
Plutôt d'accord	13.7%	15.7%	7.8%	9.8%	5.9%	3.9%	3.9%	3.9%	3.9%	0.0%	3.9%	3.9%	0.0%	3.9%
Cela dépend	14.3%	28.6%	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%
Plutôt pas d'accord	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Pas d'accord du tout	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
TOTAL	13.9%	13.9%	12.5%	8.3%	4.2%	4.2%	4.2%	4.2%	2.8%	2.8%	2.8%	2.8%	2.8%	2.8%

p-value = 0.7 ; Kht2 = 68.1 ; ddl = 75. La relation n'est pas significative.

Croisement : Question 8: Selon vous, est ce que ce test complète-t-il la clinique ? / Année de naissance:

QUESTION_8_SELON_V...	ANNEE_DE_NAISSANCE													
	1987	1988	1964	1969	1986	1989	1962	1984	1990	1955	1956	1959	1960	1971
Tout à fait d'accord	5.9%	5.9%	5.9%	11.8%	5.9%	5.9%	17.6%	5.9%	0.0%	0.0%	5.9%	0.0%	0.0%	0.0%
Plutôt d'accord	9.0%	10.4%	3.0%	1.5%	4.5%	4.5%	0.0%	4.5%	4.5%	4.5%	3.0%	3.0%	4.5%	4.5%
Cela dépend	0.0%	0.0%	11.1%	11.1%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Plutôt pas d'accord	28.6%	0.0%	14.3%	14.3%	0.0%	14.3%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	0.0%
Pas d'accord du tout	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
TOTAL	9.0%	8.0%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	4.0%	4.0%	4.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%

p-value = 0.5 ; Kht2 = 97.1 ; ddl = 99. La relation n'est pas significative.

Croisement Multiple

	1987						1988							
	TOUT À FAIT D'ACC...	PLUTÔT D'ACC...	CELA DÉPEND	PLUTÔT PAS D'ACC...	PAS D'ACC... DU TOUT	SOUS-TOTAL	TOUT À FAIT D'ACC...	PLUTÔT D'ACC...	CELA DÉPEND	PLUTÔT PAS D'ACC...	PAS D'ACC... DU TOUT	SOUS-TOTAL	TOUT À FAIT D'ACC...	PLUTÔT D'ACC...
Patient_Diabetique_2	11.1%	22.2%	44.4%	22.2%	0.0%	9.0%	0.0%	25.0%	12.5%	50.0%	12.5%	8.0%	20.0%	20.0%
Patient_Obese	22.2%	44.4%	22.2%	11.1%	0.0%	9.0%	12.5%	37.5%	12.5%	25.0%	12.5%	8.0%	20.0%	60.0%
Patient_en_surpoids	11.1%	44.4%	22.2%	22.2%	0.0%	9.0%	12.5%	37.5%	12.5%	25.0%	12.5%	8.0%	20.0%	60.0%
Patient_diabetique_2_d...	0.0%	77.8%	11.1%	11.1%	0.0%	9.0%	25.0%	25.0%	12.5%	25.0%	12.5%	8.0%	20.0%	60.0%

Patient_Diabetique_2/Annee_de_naissance : p-value = 0.4 ; Kht2 = 135.6 ; ddl = 132. La relation n'est pas significative.
 Patient_Obese/Annee_de_naissance : p-value = 0.4 ; Kht2 = 134.2 ; ddl = 132. La relation n'est pas significative.
 Patient_en_surpoids/Annee_de_naissance : p-value = 0.8 ; Kht2 = 119.4 ; ddl = 132. La relation n'est pas significative.
 Patient_diabetique_2_dans_lune_des_deux_Annee_de_naissance : p-value = 0.9 ; Kht2 = 112.8 ; ddl = 132. La relation n'est pas significative.

Croisement Multiple

	2013						2015							
	TOUT À FAIT D'ACC...	PLUTÔT D'ACC...	CELA DÉPEND	PLUTÔT PAS D'ACC...	PAS D'ACC... DU TOUT	SOUS-TOTAL	TOUT À FAIT D'ACC...	PLUTÔT D'ACC...	CELA DÉPEND	PLUTÔT PAS D'ACC...	PAS D'ACC... DU TOUT	SOUS-TOTAL	TOUT À FAIT D'ACC...	PLUTÔT D'ACC...
Patient_Diabetique_2	0.0%	30.0%	40.0%	20.0%	10.0%	13.9%	10.0%	40.0%	10.0%	40.0%	0.0%	13.9%	11.1%	11.1%
Patient_Obese	30.0%	50.0%	0.0%	10.0%	10.0%	13.9%	10.0%	50.0%	30.0%	10.0%	0.0%	13.9%	33.3%	33.3%
Patient_en_surpoids	40.0%	40.0%	0.0%	10.0%	10.0%	13.9%	10.0%	50.0%	40.0%	0.0%	0.0%	13.9%	22.2%	33.3%
Patient_diabetique_2_d...	0.0%	80.0%	0.0%	10.0%	10.0%	13.9%	30.0%	40.0%	20.0%	10.0%	0.0%	13.9%	22.2%	44.4%
TOTAL	17.5%	50.0%	10.0%	12.5%	10.0%	13.9%	15.0%	45.0%	25.0%	15.0%	0.0%	13.9%	22.2%	30.6%

Patient_Diabetique_2/Annee_dobtentation_de_IECN_sauf_si_anterie : p-value = 0.2 ; Kht2 = 111.4 ; ddl = 100. La relation n'est pas significative.
 Patient_Obese/Annee_dobtentation_de_IECN_sauf_si_anterie : p-value = 0.9 ; Kht2 = 81.8 ; ddl = 100. La relation n'est pas significative.
 Patient_en_surpoids/Annee_dobtentation_de_IECN_sauf_si_anterie : p-value = 0.6 ; Kht2 = 94.6 ; ddl = 100. La relation n'est pas significative.
 Patient_diabetique_2_dans_lune_des_deux_Annee_dobtentation_de_IECN_sauf_si_anterie : p-value = 0.7 ; Kht2 = 91.7 ; ddl = 100. La relation n'est pas significative.

Croisement Multiple

	< 5 ANS						5-10 ANS						TOTAL	PLUTÔT D'ACC...	C DI
	TOUT À FAIT D'ACC...	PLUTÔT D'ACC...	CELA DÉPEND	PLUTÔT PAS D'ACC...	PAS D'ACC... DU TOUT	SOUS-TOTAL	TOUT À FAIT D'ACC...	PLUTÔT D'ACC...	CELA DÉPEND	PLUTÔT PAS D'ACC...	PAS D'ACC... DU TOUT	SOUS-TOTAL			
Patient_Diabétique_3	6.7%	42.2%	24.4%	24.4%	2.2%	45.0%	11.1%	55.6%	22.2%	11.1%	0.0%	9.0%	9.1%	45.5%	1
Patient_Obese	20.0%	57.8%	11.1%	8.9%	2.2%	45.0%	33.3%	55.6%	11.1%	0.0%	0.0%	9.0%	27.3%	27.3%	3
Patient_en_surpoids	15.6%	55.6%	15.6%	11.1%	2.2%	45.0%	0.0%	77.8%	22.2%	0.0%	0.0%	9.0%	27.3%	36.4%	2
Patient_diabétique_2_d...	11.1%	66.7%	11.1%	8.9%	2.2%	45.0%	11.1%	77.8%	11.1%	0.0%	0.0%	9.0%	27.3%	36.4%	2
TOTAL	13.3%	55.6%	15.6%	13.3%	2.2%	45.0%	13.9%	66.7%	16.7%	2.8%	0.0%	9.0%	22.7%	36.4%	2

Patient_Diabétique_2/Anciennete_dinstallation : p-value = 0.9 ; Kht2 = 9.3 ; ddl = 16. La relation n'est pas significative.
 Patient_Obese/Anciennete_dinstallation : p-value = 0.9 ; Kht2 = 9.4 ; ddl = 16. La relation n'est pas significative.
 Patient_en_surpoids/Anciennete_dinstallation : p-value = 0.6 ; Kht2 = 13.6 ; ddl = 16. La relation n'est pas significative.
 Patient_diabétique_2_dans_lune_des_deux/Anciennete_dinstallation : p-value = 0.9 ; Kht2 = 9.0 ; ddl = 16. La relation n'est pas significative.

Croisement Multiple

	TYPE_D'INSTALLATION														TOTAL
	INDIVIDUEL						EN GROUPE								
	TOUT À FAIT D'ACC...	PLUTÔT D'ACC...	CELA DÉPEND	PLUTÔT PAS D'ACC...	PAS D'ACC... DU TOUT	SOUS-TOTAL	TOUT À FAIT D'ACC...	PLUTÔT D'ACC...	CELA DÉPEND	PLUTÔT PAS D'ACC...	PAS D'ACC... DU TOUT	SOUS-TOTAL			
Patient_Diabétique_3	7.5%	32.5%	27.5%	30.0%	2.5%	40.0%	8.3%	45.0%	20.0%	23.3%	3.3%	60.0%	100.0%		
Patient_Obese	25.0%	50.0%	15.0%	7.5%	2.5%	40.0%	21.7%	55.0%	15.0%	6.7%	1.7%	60.0%	100.0%		
Patient_en_surpoids	12.5%	45.0%	30.0%	10.0%	2.5%	40.0%	13.3%	58.3%	18.3%	8.3%	1.7%	60.0%	100.0%		
Patient_diabétique_2_d...	15.0%	57.5%	17.5%	7.5%	2.5%	40.0%	11.7%	65.0%	15.0%	6.7%	1.7%	60.0%	100.0%		
TOTAL	15.0%	46.3%	22.5%	13.8%	2.5%	40.0%	13.8%	55.8%	17.1%	11.3%	2.1%	60.0%			

Patient_Diabétique_2/Type_dinstallation : p-value = 0.7 ; Kht2 = 2.0 ; ddl = 4. La relation n'est pas significative.
 Patient_Obese/Type_dinstallation : p-value = 1.0 ; Kht2 = 0.3 ; ddl = 4. La relation n'est pas significative.
 Patient_en_surpoids/Type_dinstallation : p-value = 0.7 ; Kht2 = 2.4 ; ddl = 4. La relation n'est pas significative.
 Patient_diabétique_2_dans_lune_des_deux/Type_dinstallation : p-value = 1.0 ; Kht2 = 0.6 ; ddl = 4. La relation n'est pas significative.

Croisement Multiple

	TYPE_DEXERCICE													
	LIBÉRAL						SALARIÉ							
	TOUT À FAIT D'ACC...	PLUTÔT D'ACC...	CELA DÉPEND	PLUTÔT PAS D'ACC...	PAS D'ACC... DU TOUT	SOUS-TOTAL	TOUT À FAIT D'ACC...	PLUTÔT D'ACC...	CELA DÉPEND	PLUTÔT PAS D'ACC...	PAS D'ACC... DU TOUT	SOUS-TOTAL		
Patient_Diabétique_2	7.6%	41.8%	22.8%	26.6%	1.3%	79.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	5.0%	35.0%
Patient_Obese	25.3%	51.9%	13.9%	8.9%	0.0%	79.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	10.0%	60.0%
Patient_en_surpoids	13.9%	51.9%	24.1%	10.1%	0.0%	79.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	5.0%	60.0%
Patient_diabétique_2_d...	13.9%	62.0%	15.2%	8.9%	0.0%	79.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	5.0%	65.0%
TOTAL	15.2%	51.9%	19.0%	13.6%	0.3%	79.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	6.3%	55.0%

Patient_Diabétique_2/Type_dexercice : p-value = 0.0 ; Kht2 = 16.0 ; ddl = 8. La relation est significative.
 Patient_Obese/Type_dexercice : p-value = 0.1 ; Kht2 = 15.4 ; ddl = 8. La relation est peu significative.
 Patient_en_surpoids/Type_dexercice : p-value = 0.0 ; Kht2 = 16.5 ; ddl = 8. La relation est significative.
 Patient_diabétique_2_dans_lune_des_deux/Type_dexercice : p-value = 0.0 ; Kht2 = 17.8 ; ddl = 8. La relation est significative.

Croisement Multiple

	ORGANISATION_DE_VOS_CONSULTATIONS													
	SUR RENDEZ-VOUS UNIQUEMENT						SANS RENDEZ-VOUS UNIQUEMENT							
	TOUT À FAIT D'ACC...	PLUTÔT D'ACC...	CELA DÉPEND	PLUTÔT PAS D'ACC...	PAS D'ACC... DU TOUT	SOUS-TOTAL	TOUT À FAIT D'ACC...	PLUTÔT D'ACC...	CELA DÉPEND	PLUTÔT PAS D'ACC...	PAS D'ACC... DU TOUT	SOUS-TOTAL		
Patient_Diabétique_3	5.4%	51.4%	16.2%	27.0%	0.0%	37.0%	17.9%	32.1%	17.9%	21.4%	10.7%	28.0%	2.9%	34.3%
Patient_Obese	16.2%	51.4%	16.2%	13.5%	2.7%	37.0%	35.7%	42.9%	14.3%	3.6%	3.6%	28.0%	20.0%	62.9%
Patient_en_surpoids	8.1%	56.8%	21.6%	10.8%	2.7%	37.0%	14.3%	50.0%	25.0%	7.1%	3.6%	28.0%	17.1%	51.4%
Patient_diabétique_2_d...	8.1%	62.2%	13.5%	13.5%	2.7%	37.0%	21.4%	50.0%	21.4%	3.6%	3.6%	28.0%	11.4%	71.4%
TOTAL	9.5%	55.4%	16.9%	16.2%	2.0%	37.0%	22.3%	43.8%	19.6%	8.9%	5.4%	28.0%	12.9%	55.0%

■ Éléments sous-représentés ■ Éléments sur-représentés

Patient_Diabétique_2/Organisation_de_vos_consultations : p-value = 0.0 ; Kht2 = 17.8 ; ddl = 8. La relation est significative.
 Patient_Obese/Organisation_de_vos_consultations : p-value = 0.4 ; Kht2 = 3.8 ; ddl = 8. La relation n'est pas significative.
 Patient_en_surpoids/Organisation_de_vos_consultations : p-value = 0.9 ; Kht2 = 2.8 ; ddl = 8. La relation n'est pas significative.
 Patient_diabétique_2_dans_lune_des_deux/Organisation_de_vos_consultations : p-value = 0.4 ; Kht2 = 8.9 ; ddl = 8. La relation n'est pas significative.

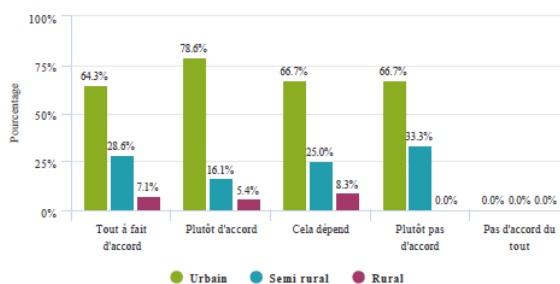
Croisement Multiple

	TYPE_GEOGRAPHIQUE_DINSTALLATION														
	URBAIN						SEMI RURAL						RURAL		
	TOUT À FAIT D'ACC...	PLUTÔT D'ACC...	CELA DÉPEND	PLUTÔT PAS D'ACC...	PAS D'ACC... DU TOUT	SOUS-TOTAL	TOUT À FAIT D'ACC...	PLUTÔT D'ACC...	CELA DÉPEND	PLUTÔT PAS D'ACC...	PAS D'ACC... DU TOUT	SOUS-TOTAL	TOUT À FAIT D'ACC...	PLUTÔT D'ACC...	PAS D'ACC... DU TOUT
Patient_Diabétique_2	8.2%	39.7%	23.3%	26.0%	2.7%	73.0%	9.5%	38.1%	14.3%	33.3%	4.8%	21.0%	0.0%	50.0%	50.0%
Patient_Obese	23.3%	54.8%	13.7%	6.8%	1.4%	73.0%	23.8%	47.6%	14.3%	9.5%	4.8%	21.0%	16.7%	50.0%	33.3%
Patient_en_surpoids	12.3%	54.8%	20.5%	11.0%	1.4%	73.0%	14.3%	52.4%	23.8%	4.8%	4.8%	21.0%	16.7%	33.3%	50.0%
Patient_diabétique_2_d...	12.3%	67.1%	12.3%	6.8%	1.4%	73.0%	19.0%	47.6%	19.0%	9.5%	4.8%	21.0%	0.0%	50.0%	50.0%
TOTAL	14.0%	54.1%	17.5%	12.7%	1.7%	73.0%	16.7%	46.4%	17.9%	14.3%	4.8%	21.0%	8.3%	45.8%	45.8%

Patient_Diabétique_2/Type_geographique_dinstallation : p-value = 0.7 ; Kht2 = 5.7 ; ddl = 8. La relation n'est pas significative.
 Patient_Obese/Type_geographique_dinstallation : p-value = 0.9 ; Kht2 = 3.4 ; ddl = 8. La relation n'est pas significative.
 Patient_en_surpoids/Type_geographique_dinstallation : p-value = 0.8 ; Kht2 = 5.0 ; ddl = 8. La relation n'est pas significative.
 Patient_diabétique_2_dans_lune_des_deux_Type_geographique_dinstallation : p-value = 0.3 ; Kht2 = 9.3 ; ddl = 8. La relation n'est pas significative.

Croisement : Question 11: Si le résultat du questionnaire est positif modifieriez vous votre prise en charge ? / Type géographique d'installation:

QUESTION_11_SI_LE_R...	TYPE_GEOGRAPHIQUE_DINSTALLATION			
	URBAIN	SEMI RURAL	RURAL	TOTAL
Tout à fait d'accord	64.3%	28.6%	7.1%	100.0%
Plutôt d'accord	78.6%	16.1%	5.4%	100.0%
Cela dépend	66.7%	25.0%	8.3%	100.0%
Plutôt pas d'accord	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%
Pas d'accord du tout	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
TOTAL	73.0%	21.0%	6.0%	



p-value = 0.8 ; Kht2 = 2.8 ; ddl = 6. La relation n'est pas significative.

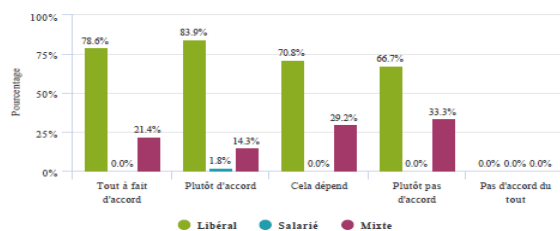
Croisement : Question 11: Si le résultat du questionnaire est positif modifieriez vous votre prise en charge ? / Année d'obtention de l'ECN (sauf si antérieur):

QUESTION_11_SI_LE_R...	ANNEE_DOBTEMENT_DE_LEC														
	2013	2015	2014	2011	1991	2008	2009	2016	1984	1993	1999	2000	2004	2010	
Tout à fait d'accord	10.0%	20.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
Plutôt d'accord	22.2%	5.6%	16.7%	8.3%	5.6%	5.6%	2.8%	0.0%	2.8%	2.8%	0.0%	2.8%	0.0%	5.6%	
Cela dépend	5.0%	25.0%	0.0%	10.0%	5.0%	5.0%	5.0%	15.0%	0.0%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%	0.0%	
Plutôt pas d'accord	0.0%	16.7%	16.7%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%	16.7%	0.0%	16.7%	0.0%	
Pas d'accord du tout	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
TOTAL	13.9%	13.9%	12.5%	8.3%	4.2%	4.2%	4.2%	4.2%	2.8%	2.8%	2.8%	2.8%	2.8%	2.8%	

p-value = 0.5 ; Kht2 = 75.3 ; ddl = 75. La relation n'est pas significative.

Croisement : Question 11: Si le résultat du questionnaire est positif modifieriez vous votre prise en charge ? / Type d'exercice:

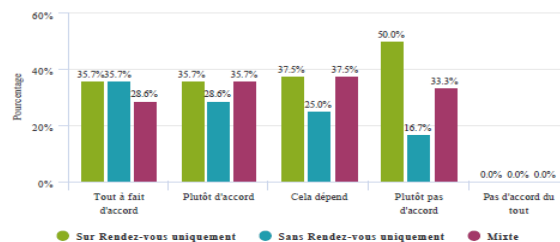
QUESTION_11_SI_LE_R...	TYPE_DEXERCICE			TOTAL
	LIBERAL	SALARIE	MIXTE	
Tout à fait d'accord	78.6%	0.0%	21.4%	100.0%
Plutôt d'accord	83.9%	1.8%	14.3%	100.0%
Cela dépend	70.8%	0.0%	29.2%	100.0%
Plutôt pas d'accord	66.7%	0.0%	33.3%	100.0%
Pas d'accord du tout	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
TOTAL	79.0%	1.0%	20.0%	



p-value = 0.7 ; Kht2 = 3.7 ; ddl = 6. La relation n'est pas significative.

Croisement : Question 11: Si le résultat du questionnaire est positif modifieriez vous votre prise en charge ? / Organisation de vos consultations:

QUESTION_11_SI_LE_R...	ORGANISATION_DE_VOS_CONSULTATIONS			TOTAL
	SUR RENDEZ-VOUS UNIQUEMENT	SANS RENDEZ-VOUS UNIQUEMENT	MIXTE	
Tout à fait d'accord	35.7%	35.7%	28.6%	100.0%
Plutôt d'accord	35.7%	28.6%	35.7%	100.0%
Cela dépend	37.5%	25.0%	37.5%	100.0%
Plutôt pas d'accord	50.0%	16.7%	33.3%	100.0%
Pas d'accord du tout	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
TOTAL	37.0%	28.0%	35.0%	



p-value = 1.0 ; Kht2 = 1.2 ; ddl = 6. La relation n'est pas significative.

Figure 1: Séquence développementale de la trouble problématique TCA-DT1

Figure 2: Séquence développementale de la trouble problématique TCA-DT2

150

5.2.1.1 Séquence développementale

Cette recherche doctorale est la première à documenter empiriquement l'ordre d'apparition de la double problématique pour chacun des types de diabète et à proposer deux séquences développementales distinctes selon la typologie. Même si les recherches confirment en général la séquence développementale pour le DT1 (Davison, 2003; Goebel-Fabbri, 2009; Goebel-Fabbri et al., 2002) et pour le DT2 (Davison, 2003; Herpertz et al., 2000; Mannucci et al., 2002), seule une méta-analyse a permis de la démontrer empiriquement chez les patients DT1 (Nielsen et Mølbak, 1998). Ainsi, les résultats de la présente recherche doctorale suggèrent que, chez les patients DT1, le TCA survient en général après le diagnostic de diabète, alors que chez les DT2, le TCA se présente plusieurs années avant le développement du diabète (Figures 1 et 2).

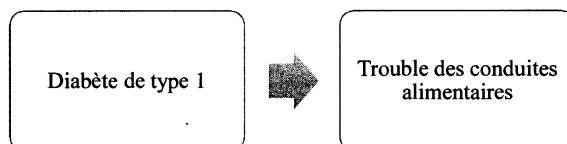


Figure 1. Séquence développementale de la double problématique TCA-DT1

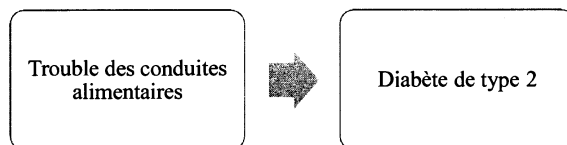


Figure 2. Séquence développementale de la double problématique TCA-DT2

Figure n°3: Arbre décisionnel en présence d'une HB ou d'un TCA sous clinique

Le choix entre le type de traitement de groupe ou individuel dépend des préférences du patients, mais aussi de la sévérité de la problématique. Une sévérité plus importante serait associée à un traitement individuel, alors qu'une sévérité moins importante serait associée à un traitement de groupe. Lorsque ce type de traitement est associé à une rémission du TCA, des stratégies de gestion du diabète et de prévention de la rechute spécifiques au TCA doivent être mises en place. Cependant, en l'absence de rémission, une hospitalisation de jour pourrait être envisagée. Par contre, dans le cas où les indicateurs physiologiques et métaboliques du patient s'avèrent critiques et que la vie de ce dernier semble en danger, une hospitalisation est recommandée. Chez ces patients, une prise en charge précoce pourrait permettre d'éviter la chronicité des deux troubles en limitant le développement de complications médicales associées tant au diabète qu'au TCA (Hanlan et al., 2013).

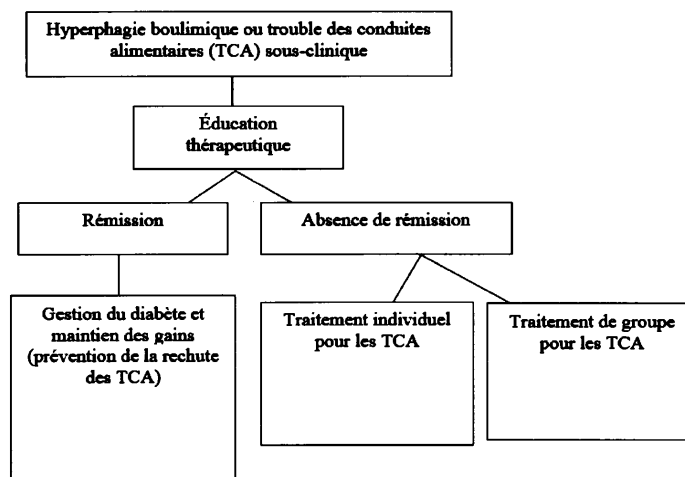


Figure 5. Arbre décisionnel en présence d'une hyperphagie boulimique ou d'un TCA sous-clinique

Figure n°4: Arbre décisionnel en présence d'une BN ou d'une AM

161

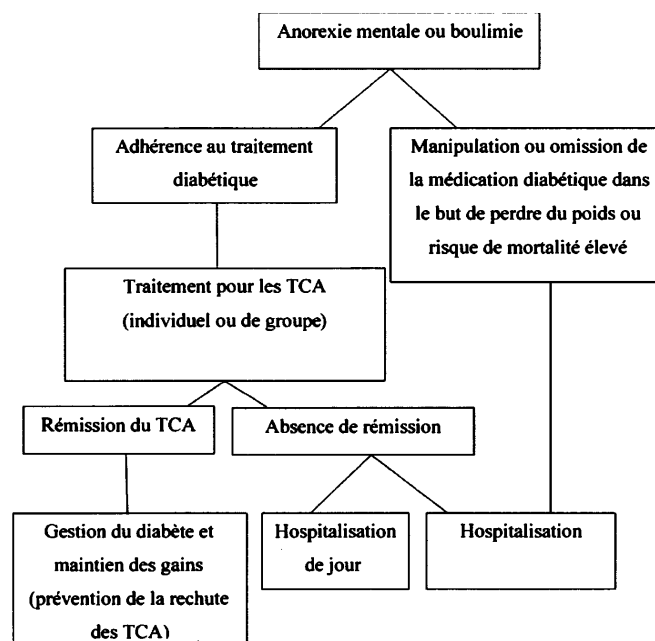


Figure 6. Arbre décisionnel en présence d'anorexie mentale ou de boulimie

Les travaux de cette thèse soulignent également la nécessité d'adapter l'approche de traitement pour le diabète en fonction de la présentation clinique du patient. Ainsi, parallèlement au traitement psychologique, il est recommandé d'opter pour une approche plus flexible dans le traitement du diabète (Colton et al., 1999; Kelly et al., 2005; Lopes Souto et Lopes Rosado; Nielsen et al., 2002; Schwartz, Weissberg-Benchell et Perlmutter, 2002). Il est aussi proposé de recourir à une insulinothérapie fonctionnelle ou aux pompes à insuline (Markowitz et al., 2013). De telles pratiques

AUTEUR: Nom: RAOUX

Prénom: Martin

Date de soutenance: 18.10.2019

Titre: Le questionnaire B.I.T.E (Bulimic Investigatory Test Edinburgh): utilisation en médecine de soins primaires dans le dépistage de l'hyperphagie boulimique et de la boulimie nerveuse chez les patients diabétiques de type 2.

Thèse-Médecine-Marseille 2019

DES+Spécialité: Médecine générale

Mots clés: questionnaire B.I.T.E, troubles du comportement alimentaire, Hyperphagie Boulimique, Boulimie Nerveuse, diabète de type 2, soins primaires, dépistage.

Résumé:

Contexte: En France, en 2016, 3,3 millions de personnes prenaient un traitement médicamenteux pour leur diabète de type 2 (soit 5% de la population). D'autre part, l'OMS estime à plus de 80 % la fraction du diabète de type 2 attribuable à l'obésité et au surpoids. C'est un problème de santé mondial majeur que la communauté scientifique qualifie «d'épidémie du 21e siècle».

La prise en charge traditionnelle du patient diabétique de type 2, est axée sur l'adoption de modifications favorables du mode de vie (alimentation équilibrée, lutte contre la sédentarité, activité physique régulière). Cependant d'autres facteurs doivent être pris en compte chez ces patients, en particuliers la fréquence des troubles des conduites alimentaires, dont l'hyperphagie boulimique et la boulimie nerveuse.

Plusieurs études estiment que 10 à 40% des diabétiques de type 2 répondraient aux critères diagnostiques d'un TCA. L'HB serait le TCA le plus souvent observé chez ces patients, avec une prévalence variant de 2 à 25% selon les études.

Le B.I.T.E est un outil de dépistage de la BN et de l'HB validé en anglais depuis 1987 ; relativement court et simple à utiliser, sa version française est souvent employée en clinique et lors d'études.

L'objectif de cette thèse est d'évaluer la faisabilité et l'utilité du B.I.T.E auprès des médecins de soins primaires français pour dépister un TCA chez leurs patients DT2.

Méthode: Il s'agissait d'une étude quantitative, observationnelle et descriptive. Des questionnaires informatisés, à l'aide du logiciel Lesphinx, ont été envoyés, de manière aléatoire, à un échantillon de médecins généralistes dans 3 départements de la région PACA (Bouches-du-Rhône, Var et Vaucluse). Les réponses étaient recueillies par le logiciel puis analysées selon une loi Normale avec un risque alpha de 5%.

Résultats: Le taux de réponse au questionnaire était de 32,4%. La majorité des médecins (81% :plutôt d'accord 56% (IC95%[46,27-65,73]) et tout à fait d'accord 25% (IC95%[16,51-33,49]) se déclarait favorable à l'utilisation du B.I.T.E lors de consultations dédiées. 70% (IC95%[61,02-78,98]) des médecins déclaraient se sentir tout à fait à l'aise d'aborder le sujet des TCA avec les patients. La majorité (une moyenne de 72%) des médecins étaient en faveur de l'utilisation de ce questionnaire en présence de patients souffrant d'obésité, de surpoids ou de diabète de type 2. En cas de B.I.T.E positif, 14% (IC95[7,20-20,80]) des médecins étaient tout à fait d'accord et 56% (IC95[46,27-65,73]) étaient plutôt d'accord avec le principe de modifier leur prise en charge médicale.

Conclusion: Les médecins généralistes sont favorables à l'emploi du B.I.T.E dans leur pratique quotidienne. Le diffuser à grande échelle permettrait un repérage et une prise en charge plus précoce des TCA chez les patients souffrant de diabète de type 2.

Monsieur le Professeur VALERO René
Monsieur le Professeur DARMON Patrice
Monsieur le Professeur LANÇON Christophe
Madame le Docteur RONSIN Olivia

Président
Directeur
Assesseur
Assesseur