

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2023

THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Recherche du diagnostic d'hyperphagie boulimique en
médecine générale sur le territoire de l'Artois. Recours
éventuels.**

Présentée et soutenue publiquement le 23 novembre 2023
à 18h00 au pôle formation

Par Boris Nitkowski

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Madame le Professeur Anita TILLY

Monsieur le Docteur Emmanuel BRUNELLE

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Cécile GUENARD

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

ARS	Agence Régionale de la Santé
BN	Boulimie Nerveuse
CANSSM	Caisse Autonome Nationale de Sécurité Sociale dans les Mines
CH	Centre Hospitalier
CMP	Centre Médico-Psychologique
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSO	Centre Spécialité de prise en charge de l'Obésité
ENE	Expérience Négative pendant l'Enfance
F2RSM	Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale
GHSC	Groupe Hospitalier Seclin Carvin
GHT	Groupe Hospitalier Territorial
HAS	Haute Autorité de Santé
HB	Hyperphagie boulimique
HDJ	Hôpital De Jour
HTA	Hypertension Artérielle
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
MG	Médecin Généraliste
PNNS	Plan National Nutrition Santé
TCA	Troubles des Conduites Alimentaires ou Troubles du Comportement Alimentaire
TMS	Troubles Musculo Squelettiques
SAOS	Syndrome d'Apnée (Obstructif) du Sommeil

Sommaire

Avertissement	2
Sigles	3
Sommaire	5
Introduction	9
1 Contexte.....	9
2 Définitions et bases d'addictologie.....	10
2.1 Introduction au <i>craving</i>	10
2.2 <i>Craving</i> , compulsion et crise alimentaires	10
2.3 Origine du trouble	11
2.4 L'hyperphagie boulimique, c'est quoi ?	12
2.4.1 Définition, selon le DSM-5	12
2.4.2 Gravité de l'hyperphagie boulimique	13
2.4.3 Différence entre hyperphagie boulimique et boulimie nerveuse	13
3 Épidémiologie de l'HB	14
3.1 En population générale	14
3.2 Chez les patients en surpoids	15
3.3 Chez les patients en situation d'obésité.....	15
3.4 Chez les patients cherchant à faire régime ou en parcours bariatrique.....	16
3.5 Sex Ratio	16
4 Complications	16
4.1 <i>Psychiatriques</i>	17
4.1.1 Comorbidités psychiatriques de l'obésité.....	17
4.1.2 Comorbidités psychiatriques de l'HB	17
4.1.3 Cause ou conséquence ?	18
4.2 Somatiques	19
4.3 Évolution de la pathologie.....	20
5 Une problématique de santé publique ?	20
6 Description du territoire de l'Artois	21

6.1	Un taux d'obésité record	21
6.2	... qui n'est pas près de s'améliorer.....	22
6.3	Quid de l'HB ?	22
6.4	Organisation territoriale de l'offre de soins	23
6.4.1	Qu'est-ce qu'une CPTS ?	23
6.4.2	Le territoire de l'Artois	24
6.4.3	Histoire médicale du territoire.....	24
6.4.4	Médecins généralistes (MG)	25
6.4.5	Structures de soins.....	25
6.4.6	Psychiatres	25
6.4.7	Addictologie	25
6.4.8	Paramédicaux	26
	Objectifs de l'étude.....	27
	Matériels et méthodes	29
1	Méthodes	29
1.1	Type de l'étude	29
1.2	Population	29
1.2.1	Inclusion	29
1.3	Exclusion.....	29
1.4	Temporalité	30
1.5	Recueil des données	30
2	Matériels	31
2.1	Le questionnaire	31
2.2	Analyse des résultats.....	31
2.2.1	Résultats obtenus.....	31
2.2.2	Méthodologie statistique.....	32
	Résultats	33
1	Échantillon	33
2	Analyse univariée.....	33
2.1	Caractéristiques socio démographiques.....	33
2.2	Analyse pondérale de la patientèle.....	34
2.3	Recherche de l'hyperphagie boulimique	35

2.4	Orientation des patients en cas de suspicion d'hyperphagie boulimique	36
2.5	Recherche des complications de l'obésité.....	37
3	Analyse bivariée.....	38
	Discussion.....	41
1	Discussion de la méthodologie	41
1.1	L'envoi du questionnaire	41
1.2	Remarques de médecins du territoire	41
1.3	Construction du questionnaire	42
1.4	Subjectivité des résultats obtenus	42
2	Interprétation et discussion des résultats.....	42
2.1	Objectif principal	42
2.2	Objectifs secondaires.....	44
2.2.1	Représentation pondérale de la patientèle.....	44
2.2.2	Suivi du poids	45
2.2.3	Recherche des complications de l'obésité lors du suivi	45
2.2.4	Recours éventuels des médecins du territoire lors de la découverte d'une HB	46
2.2.5	Cas particulier de la chirurgie bariatrique	47
3	Et après ?.....	48
3.1	Territoire de l'étude	48
3.2	Information aux MG du territoire	49
3.3	Quand réellement parler d'HB avec un patient ?	50
3.4	Les MG sont-ils les seuls professionnels de santé sur lesquels s'appuyer ?	51
	Conclusion	53
	Liste des figures	54
	Liste des annexes	55
	Références	56
	Annexes	60

Introduction

1 Contexte

Lorsque l'on parle de trouble des conduites alimentaires (TCA), on pense souvent à des femmes jeunes, souvent adolescentes, et qui limitent très sévèrement leur alimentation. Elles peuvent aller jusqu'à se laisser mourir de faim, ou au contraire manger des quantités phénoménales de nourriture avant d'aller se faire vomir. Cette image stéréotypée est transmise par les réseaux sociaux, la télévision mais aussi parfois par inadvertance lors de la formation des professionnels de santé. Il est vrai que cette présentation, volontairement exagérée, peut arriver dans des cas d'anorexie mentale (AM) ou de boulimie nerveuse (BN).

C'est au début des années 2000 que certains addictologues proposent d'intégrer les TCA dans le spectre de l'addictologie, avec la description de l'AM et de la BN dans un premier temps (1). Ces pathologies ont en commun la perte de contrôle engendrant la perte de liberté d'action propre à toutes les addictions.

L'hyperphagie boulimique (HB) est une pathologie « plus jeune » encore, tout du moins plus récemment décrite : elle fait son apparition dans les manuels de psychiatrie et d'addictologie en 2012 (2). Souvent associée à une prise de poids, elle est de plus en plus connue et reconnue. Une prise en charge globale de cette pathologie complexe existe et son efficacité est désormais prouvée (3).

Les TCA, dont l'HB fait partie, sont d'origines variées, de diagnostic difficile et, de fait, probablement sous diagnostiqués. Leur repérage précoce pourrait permettre une diminution de l'incidence des complications de la pathologie, à la fois somatiques et psychiatriques, et qui entraînent surtout une réelle diminution de la qualité de vie des patients (4).

2 Définitions et bases d'addictologie

2.1 Introduction au *craving*

En addictologie, le *craving* désigne une envie irrépressible d'accomplir un acte, un comportement qui peut s'avérer gratifiant, ou encore d'absorber une substance alors qu'à ce moment précis, on ne le veut pas (5). L'aspect involontaire de l'épisode peut parfois être oublié dans les définitions mais il est au premier plan.

Cet épisode qui va contre la volonté même de l'individu, dit égodynstonique, entraîne une profonde détresse et un grand désarroi (6).

En pratique, le *craving* est considéré comme le substrat motivationnel principal lors des comportements addictifs ou l'usage de substances, c'est donc l'une des cibles majeure des addictologues lors de la mise en place de traitements (7).

La physiopathologie de base du *craving* s'explique par un emballement du circuit de la récompense (8). Le fonctionnement normal de ce circuit conduit à la libération de dopamine, messager chimique du plaisir. Il existe en temps habituel un circuit de la mémoire, un circuit du contrôle et un circuit de la motivation qui régulent le circuit de la récompense (9). Lors d'une addiction avec épisodes de *craving*, on retrouve une désynchronisation des différents circuits avec notamment perte de la motivation et du contrôle. Le sujet recherche une récompense immédiate, enregistrée suite à la répétition d'un geste ou d'une prise de substance (10).

2.2 *Craving, compulsion et crise alimentaires*

Le *craving* alimentaire consiste en une envie irrépressible d'un aliment, sans réelle notion de plaisir ni de faim. Le sujet n'a pas de sensation interoceptive de faim, cela peut concerner de la nourriture sucrée ou salée ; initialement l'aliment est souvent apprécié. Cela devient plus fort que lui et il devient particulièrement difficile même impossible de lutter (11).

La compulsion alimentaire est l'étape qui suit le *craving*, même si l'une et l'autre sont liées. C'est le passage à l'acte, qui fait suite à l'envie irrépressible. Le patient atteint ne peut plus lutter contre cette envie et ingère l'aliment en question (12). Ceci entraîne initialement une sensation intense de soulagement (sécrétion dopaminergique).

Il est d'usage de parler de crise alimentaire, ou de crise compulsive alimentaire lorsque le patient perd le contrôle, c'est-à-dire qu'il ingère une quantité disproportionnée de nourriture en un laps de temps limité. Habituellement la crise cède suite à une distension abdominale importante avec douleur gastrique. Dans la grande majorité des cas le patient est seul et conscient de ce trouble, ce qui entraîne une souffrance majeure (honte, culpabilité) avec altération de l'estime de soi et donc à long terme de sa qualité de vie (13).

Il existe donc une progression entre les trois entités : le *craving* alimentaire est la base même de l'HB, lorsque le patient cède cela entraîne une compulsion puis une crise lorsqu'il a perdu le contrôle. Ces notions impliquent une pathologie addictologique sous-jacente, et sont à différencier de l'alimentation émotionnelle, incluant le grignotage, qui n'est pas pathologique (14). En effet, il est plutôt associé à l'ennui, avec ingestion d'aliments « plaisir » que l'on ne mange pas habituellement. En somme, une consommation raisonnable d'un aliment « déraisonnable ». La souffrance psychique est moins intense dans ce cas même si le sentiment de culpabilité peut être présent.

L'épisode de *craving* puis la compulsion peuvent être présents dans les régimes avec restriction et frustration (12).

2.3 Origine du trouble

La source du trouble est souvent retrouvée dans l'enfance. Les patients atteints, lors de l'interrogatoire, décrivent fréquemment des abus sexuels ou des traumatismes étant plus jeunes. Des études de la fin du siècle dernier s'intéressant aux pathologies psychiatriques ont montré que les expériences négatives pendant l'enfance (ENE) y étaient fortement associées (15). L'HB, tout comme d'autres TCA, serait fortement liée aux ENE, avec un effet dose-réponse entre la violence de ces ENE et l'intensité du trouble.

D'autres travaux centrés sur l'histoire alimentaire des patients atteints d'HB, ont démontré que l'histoire alimentaire du sujet pouvait avoir un retentissement pathologique futur. En effet, les patients déclaraient avoir souffert de négligence ou d'insécurité alimentaire lors de l'enfance. Une étude canadienne suggère qu'un choc émotionnel dans l'année pourrait déclencher un trouble sous-jacent (16).

2.4 L'hyperphagie boulimique, c'est quoi ?

2.4.1 Définition, selon le DSM-5

Les TCA sont décrits dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5 pour la 5^e version) (17).

Trois troubles sont décrits :

- L'AM,
- La BN,
- L'HB, aussi appelée *binge eating disorder*.

Des changements sont opérés entre la quatrième (18) et la cinquième (17) version du DSM. L'HB est considérée comme un TCA à part entière (depuis 2012) et la fréquence des épisodes a été réduite de moitié (un accès par semaine contre deux précédemment). L'autre modification est la caractérisation d'un niveau de gravité du trouble, fonction de la fréquence des crises.

Les critères DSM-5 de l'HB sont illustrés dans la Figure 1 (19).

Critère DSM-5
<ul style="list-style-type: none">* Survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée. C'est-à-dire :<ul style="list-style-type: none">- 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 :<ul style="list-style-type: none">- 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.

Figure 1 : critères DSM-5 de l'HB

2.4.2 Gravité de l'hyperphagie boulimique

La gravité peut être décrite en fonction de la récurrence des accès compulsifs (17) :

- Léger : d'un à trois par semaine ;
- Moyen : de quatre à sept par semaine ;
- Grave : de sept à treize par semaine ;
- Extrême : plus de quatorze épisodes par semaine.

2.4.3 Différence entre hyperphagie boulimique et boulimie nerveuse

Les mécanismes compensatoires différencient les deux troubles. En effet, les crises avec épisodes de *craving* alimentaire sont présentes dans ces deux TCA, avec des fréquences plus ou moins identiques.

Néanmoins, on retrouve des épisodes compensatoires dans la boulimie nerveuse : prise de laxatifs ou lavements, vomissements provoqués, emploi abusif d'autres types de médicaments comme les diurétiques, ou encore jeûne inadapté ou activité physique abusive (20). Les critères DSM-5 de la BN sont illustrés dans la Figure 2 (19).

Critères DSM-5
<ul style="list-style-type: none">* Survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée. C'est-à-dire :<ul style="list-style-type: none">- absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne et en peu de temps (par ex. moins de 2 h),- associées à une impression de perdre le contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter.* Mise en œuvre de comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice excessif).* Avec une fréquence moyenne d'au moins 1 fois par semaine durant au moins 3 mois.* L'estime de soi est perturbée de manière excessive par la forme du corps et le poids.* Le trouble ne survient pas exclusivement au cours d'une période d'anorexie mentale.

Figure 2 : critères DSM-5 de la BN

Il en découle que, dans la plupart des cas, les patients présentant une boulimie ont un poids standard ou même plus bas (si l'on se réfère à l'IMC) alors que les patients présentant une hyperphagie boulimique sont pour la plupart en situation de surpoids ou d'obésité (20).

La Haute Autorité de Santé (HAS) décrit des crises de boulimie chez 30 % des adolescentes, avec des stratégies de contrôle du poids chez 70% d'entre elles. Cela voudrait dire que 30 % des adolescentes ayant des crises auraient à minima des critères partiels d'HB. (21)

L'HB et la BN sont donc des maladies fréquentes, mais cachées, car taboues, parfois peu visibles et souvent « masquées » par d'autres troubles au premier plan, d'où la comparaison avec un iceberg (Figure 3) (21). Les patients atteints d'HB consultent encore moins pour leur trouble que les patients atteints d'autres TCA (19).



Figure 3 : Des troubles fréquents mais "peu visibles"(21)

3 Épidémiologie de l'HB

3.1 En population générale

La BN et l'HB débutent souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Des formes partielles, n'incluant pas tous les critères du DSM-5, peuvent exister à cette période (3).

L'HB apparaît en moyenne plus tardivement dans les pays européens que la BN (20). En effet, la BN survient en fin d'adolescence et l'HB survient à l'âge adulte. Une HB débutante plus précocement aura plus de risque d'avoir des retentissements plus importants (22).

En population générale, sans parler de poids, la prévalence de l'HB atteindrait 3 à 5% au cours de toute une vie (19). Aucune étude n'a été réalisée sur des patientèles de médecine générale, aspécifiques.

Les sentiments de honte et de culpabilité ressentis par les patients peuvent contribuer à une moindre déclaration de leurs accès de compulsions alimentaires à leur médecin généraliste (MG).

3.2 Chez les patients en surpoids

Le surpoids est décrit comme étant la présence d'un indice de masse corporelle (IMC) compris entre 25 et 30 (19).

L'HB, suite à l'absorption d'une grande quantité de nourriture sans conduites de purge, touche dans la plupart des cas des patients présentant un excès de poids important (IMC franchement supérieur à 30). Les études s'intéressant à la prévalence de l'HB ne se penchent pas vraiment sur les patients en surpoids sans obésité, aucun chiffre spécifique n'a été trouvé lors de ce travail. Il est néanmoins cohérent de penser que la prévalence dépasse celle de la population générale.

La mini session de la HAS 2020, lors de ses recommandations sur l'HB pour les MG, met en évidence une HB chez plus de 15% des femmes consultant pour un surpoids (21).

3.3 Chez les patients en situation d'obésité

L'obésité est atteinte lorsque l'IMC dépasse ou atteint 30. On parle d'obésité morbide lorsque l'IMC dépasse 40 (19).

Le collège des enseignants de psychiatrie, dans la description de la pathologie, décrit une prévalence de l'HB chez les patients en situation d'obésité de 30 à 50 % (19). D'autres travaux se sont intéressés à cette question avec des résultats en adéquation avec le collège, même si certaines études trouvent des chiffres bien plus importants (23). Une étude tunisienne décrit notamment une prévalence de 40 % chez une population de patients citadins en situation d'obésité (24).

3.4 Chez les patients cherchant à faire régime ou en parcours bariatrique

L'HB est fréquemment retrouvée chez les femmes en surpoids ou en situation d'obésité cherchant à faire un régime. Une étude de la fin du siècle dernier retrouvait chez les patientes incluses dans des programmes de perte de poids un taux d'environ 30% de femmes répondant aux critères d'HB (25) (à l'époque critères DSM-4).

Dans le cas des patientes consultant spécifiquement pour une prise de poids, les chiffres montent jusqu'à 10-15% en France. La prévalence de l'HB chez les patients consultant spécifiquement en centre de l'obésité atteindrait 40 à 50 % (13). Localement, un travail mené en centre spécialisé pour la prise en charge des patients en situation d'obésité au centre hospitalier d'Arras retrouve une prévalence plus faible (moins de 10%) (26). Le faible effectif de l'étude et donc la puissance moindre pourraient expliquer ce phénomène.

Dans le cas spécifique de la chirurgie bariatrique, les chiffres peuvent atteindre 25 à 50% (27).

3.5 Sex Ratio

A la fin des années 1990, une étude objectivait dans ses résultats 65% de patientes pour 35% de patients atteints par l'hyperphagie boulimique (28). Les études récentes s'accordent sur un *sex-ratio* proche de 1/2 (un homme pour deux femmes) (19). On remarque que l'HB est le TCA qui touche le plus les hommes. Aucune étude ayant étudié spécifiquement l'HB chez les hommes n'a été trouvée.

En comparaison, le *sex-ratio* de la BN est plutôt situé entre 1/3 (19) et 1/10 (21) (un homme pour 3 à 10 femmes).

4 Complications

Les complications de cette pathologie sont à la fois liées aux comorbidités psychiatriques associées, mais également aux conséquences des épisodes répétés de compulsions alimentaires sans conduites de purge, donc aux conséquences de l'obésité.

4.1 Psychiatriques

4.1.1 Comorbidités psychiatriques de l'obésité

Il est, de nos jours, médicalement prouvé que près d'un patient en situation d'obésité sur deux souffre de troubles psychiques comme des troubles anxieux, d'états dépressifs ou d'une dépendance à l'alcool (29).

Il n'existe que très peu d'articles de la littérature médicale consacrés exclusivement aux comorbidités psychiatriques de l'HB. En revanche, les études sur les comorbidités psychiatriques des patients en parcours bariatrique sont plus nombreuses. Cela veut dire que la prise en charge somatique passe actuellement au premier plan. Dans le champ même de la psychiatrie le seul traitement resterait donc la perte de poids, en l'occurrence via la chirurgie bariatrique.

4.1.2 Comorbidités psychiatriques de l'HB

L'obésité, lorsqu'elle est associée à un TCA, comme c'est le cas dans un grand nombre de situations, montre une prévalence encore plus importante de troubles psychiques (29), comme représenté dans la Figure 4.

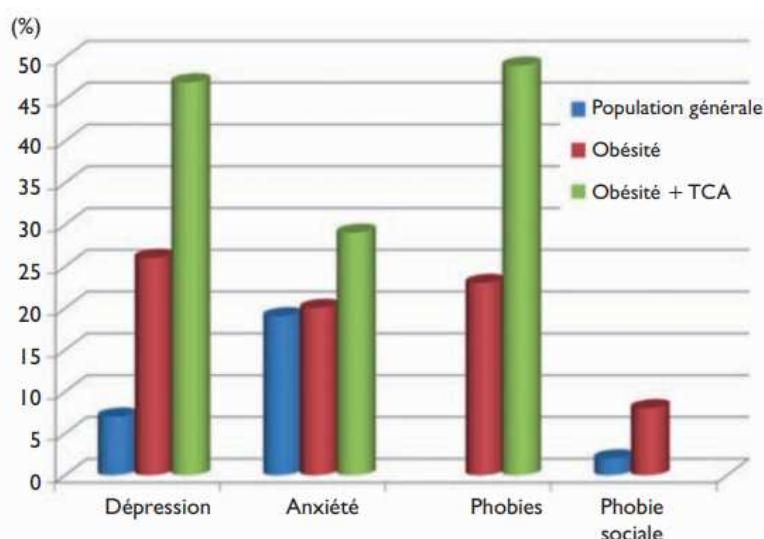


Figure 4 : Prévalence des troubles psychiques en population générale, en situation d'obésité avec ou sans TCA (29)

Il est néanmoins souvent complexe de mettre en évidence les TCA ou les psychopathologies associées sans d'importantes investigations par une équipe spécialisée (30). L'obésité est une maladie chronique ayant comme conséquence un nombre important de complications somatiques graves, par conséquent de nombreux patients expliquent avoir tenté de multiples régimes nutritifs qui entretiennent le cercle vicieux du trouble alimentaire (31). En effet, ces méthodes restrictives, prônées pendant de longues années, n'ont pas montré de bénéfice et s'avèrent contre-productives en aggravant le TCA préexistant, une mésestime de soi, une sensation de mise en échec perpétuelle et favorisent le développement de symptômes anxieux ou dépressifs (32).

4.1.3 Cause ou conséquence ?

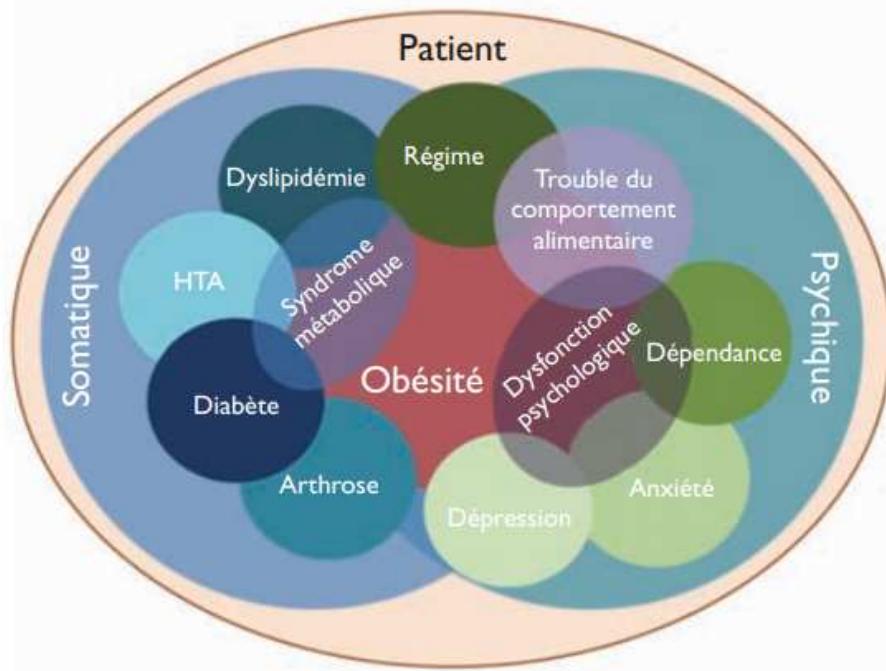


Figure 5 : Interface somatique et psychique de l'obésité, intrication et perméabilité (29)

La Figure 5 met en évidence la complexité de l'obésité avec une interface somatique et psychique en interactions continues et perméables. La question de savoir si les patients dépriment d'être obèses ou sont obèses d'être déprimés demeure, mais la réponse importe peu la plupart du temps. En effet, l'essentiel est d'identifier et de traiter la souffrance psychique induite par cette maladie insidieuse et le rejet de ces personnes par la société en parallèle du surpoids ou de l'obésité en tant que tels (29).

En reprenant le modèle de l'iceberg énoncé plus haut, l'HB, d'un point de vue psychiatrique et addictologique, serait donc plutôt la partie visible de l'iceberg, comme repris dans la Figure 6. La partie immergée pourrait correspondre aux causes de l'hyperphagie boulimique avec l'histoire et le bagage émotionnel du patient, comprenant toutes les ENE. Le TCA serait dans ce sens « l'arbre qui cache la forêt », masquant les autres complications et comorbidités associées.

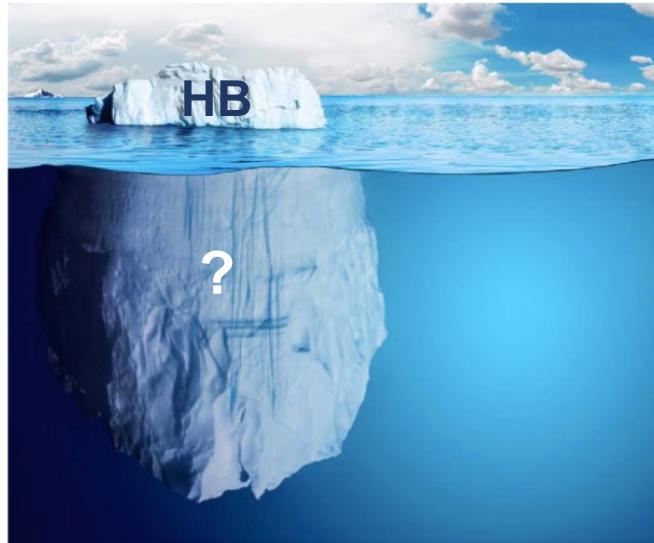


Figure 6 : Des troubles fréquents, peu visibles. Une origine encore plus invisible ?

4.2 Somatiques

Les complications somatiques, à la suite de l'augmentation du poids, sont principalement d'origine cardiovasculaire, avec présence non négligeable d'hypertension artérielle (HTA), d'hypercholestérolémie et de syndrome d'apnée du sommeil (SAOS) (33).

Une fréquence de maladies métaboliques plus importante, avec au premier plan le diabète de type 2, est également retrouvée chez ces patients. En effet, l'excès de tissus adipeux participe à une augmentation globale de l'inflammation systémique. De plus l'obésité augmente de façon certaine le risque de pathologie cancéreuse (34).

L'excès de poids participe à la majoration des complications respiratoires chez un sujet, ce qui impacte directement sa mortalité, tout comme les complications cardiovasculaires. Les troubles cutanés et musculo squelettiques (TMS) engendrent

des problématiques moins immédiates, mais qui diminuent tout autant la qualité de vie du patient (34).

Des troubles ioniques ont été décrits chez les patients atteints d'HB avec tentative de conduite de purge (notamment vomissements) avec majoration du risque cardiovasculaire (hypokaliémie). A noter que les patients peuvent également être atteints de dénutrition malgré une obésité apparente (19).

L'HB, tout comme la BN, peut entraîner des complications gynécologiques et obstétricales pouvant affecter la fertilité et le bon déroulement d'une grossesse (34).

Peu d'études se sont intéressées à la morbi-mortalité du « trouble » hyperphagie boulimique en lui-même, néanmoins les complications cardiovasculaires liées à l'obésité augmentent de façon certaine la morbi-mortalité globale chez ces patients. En effet, une obésité ($IMC > 30$) diminue de 5 ans l'espérance de vie globale d'un patient sans comorbidité autre et une obésité morbide ($IMC > 40$) de 10 ans (35) .

4.3 Évolution de la pathologie

L'évolution habituelle de la pathologie décrite dans les études est d'environ 8 ans. Environ $\frac{1}{4}$ des patients voient leurs symptômes s'améliorer, $\frac{1}{4}$ se chroniciser, et $\frac{1}{2}$ guérissent (36).

5 Une problématique de santé publique ?

La prévalence de la pathologie en population générale n'en fait pas une maladie rare (3%), néanmoins les patients atteints de la maladie sont de plus en plus nombreux et la prévalence chez les patients en situation d'obésité augmente également. L'HB en elle-même n'est pas réellement une problématique majeure de santé publique. Toutefois sa complication majeure, c'est à dire l'obésité, est quant à elle une réelle problématique de santé publique, en témoignent les nombreuses campagnes (manger-bouger...) qui ont pu y être dédiées (37).

Ceci, mis en relation avec les complications de la maladie énoncées précédemment, engendre un coût de santé non négligeable, qu'elles soient somatiques ou psychiatriques.

Une prise en charge précoce de la maladie pourrait permettre de diminuer les complications et donc les coûts sociétaux.

De plus, le sentiment de honte et de culpabilité entraîne une désinsertion sociale chez un nombre certain de patients atteints d'HB. L'hypothèse que cela puisse entraîner un risque accru d'arrêt de travail peut être évoquée.

6 Description du territoire de l'Artois

6.1 Un taux d'obésité record ...

Une étude récente, à l'initiative de la Ligue contre l'obésité, coordonnée par des chercheurs de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et du Centre Hospitalier (CH) de Montpellier fait un état des lieux sur la situation épidémiologique de l'obésité en France afin d'évaluer les mesures de prévention mises en place par le gouvernement. Publiée en février 2023, elle met en évidence 47,3 % de personnes en situation de surpoids ou d'obésité dans la population adulte en France. De plus, 17% des sujets étaient en situation d'obésité (38).

La région Hauts de France est la région la plus touchée par l'excès de poids, notamment l'obésité. A l'échelle nationale, c'est le territoire avec la plus importante prévalence, avec plus de 22% de sujets en situation d'obésité (14% en île de France, territoire avec la prévalence la plus basse), comme illustré sur la Figure 7.

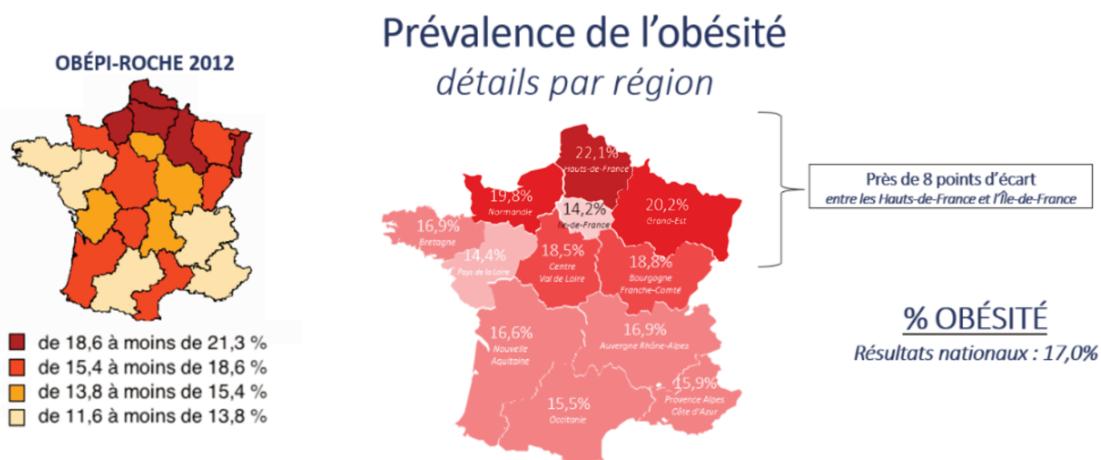


Figure 7 : Répartition géographique des prévalences de l'obésité en 2020 dans les régions françaises (33)

6.2 ... qui n'est pas près de s'améliorer

L'INSERM met en évidence une tendance : la prévalence de l'obésité en France ne cesse d'augmenter depuis le début du siècle (8.5% en 1997, 15% en 2012 et 17% en 2020) (38). Ces chiffres, en constante augmentation, malgré les politiques de prévention comme le Plan National Nutrition Santé (PNNS) créé en 2001, sont illustrés sur la Figure 8.

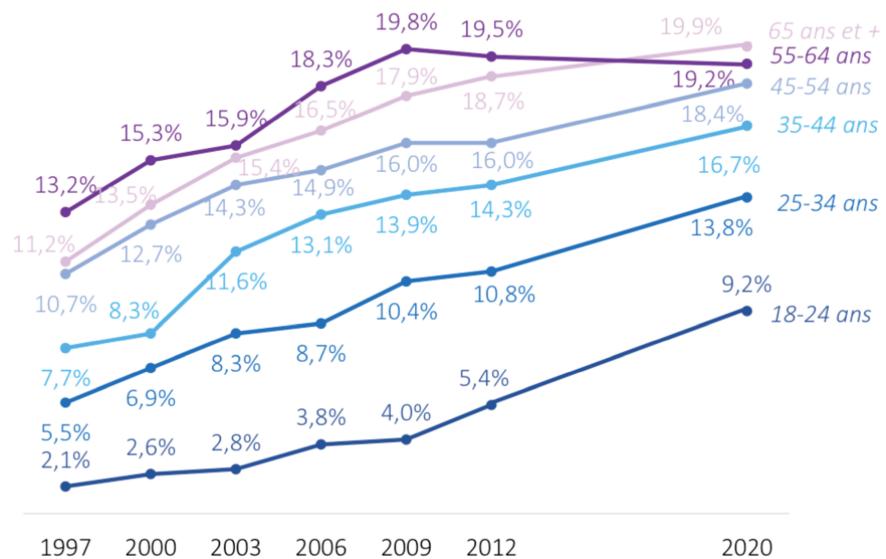


Figure 8 : Évolution des prévalences de l'obésité selon l'âge entre les enquêtes Obépi-Roche 1997-2012 et l'enquête Obépi 2020 (33)

L'INSERM note une disparité sociale et territoriale dans cette étude. En effet, les ouvriers et employés sont plus touchés par l'excès de poids (environ la moitié des sujets) que les cadres (environ un tiers des sujets) (33).

6.3 Quid de l'HB ?

En se basant sur la moyenne basse décrite précédemment par les études ayant travaillé sur l'HB (19), 30 % de la population en situation d'obésité du territoire pourrait présenter les critères DSM-5 (18) du trouble. Cela revient à dire que quasiment 5 à 7 % de la population du territoire présenterait les critères DSM-5 d'HB. Plus de 10 % de la population pourraient également présenter des critères partiels du trouble avec notamment ingestion d'une importante quantité de nourriture en un temps limité.

6.4 Organisation territoriale de l'offre de soins

Les chiffres obtenus auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) concordent pour la plupart avec les chiffres obtenus après interrogation des acteurs de soins locaux, dont les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

6.4.1 Qu'est-ce qu'une CPTS ?

Une CPTS regroupe les professionnels de santé d'un territoire donné autour d'un projet de santé commun, dans le but de répondre à des problématiques de santé communes au sein de ce territoire. Elles sont donc l'acteur majeur de coordination des soins pour tous les acteurs de proximité en lien avec les tutelles de santé (39). Les missions, budgets ou encore orientations sont signés lors d'une convention tripartite entre CPTS, CPAM et ARS.

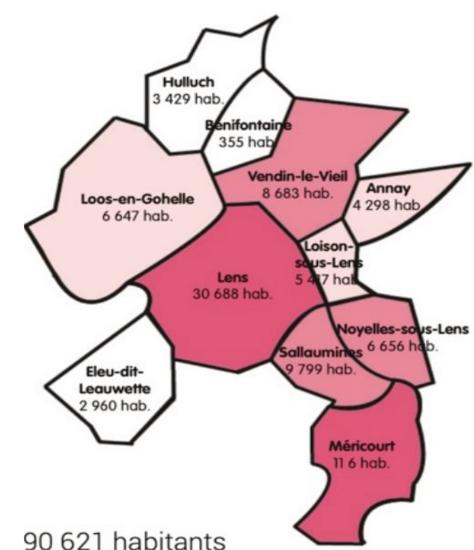


Figure 9 : Territoire de la CPTS de Lens la Gohelle (40)



Figure 10 : Territoire de la CPTS Beaumont Artois (41)



Figure 11 : Territoire de la CPTS Liévin-Pays d'Artois (42)

6.4.2 Le territoire de l'Artois

Ce travail va s'intéresser particulièrement à trois CPTS du bassin minier de l'Artois : la CPTS Lens-La Gohelle, la CPTS Liévin-Pays d'Artois et la CPTS Beaumont Artois.

Ces trois CPTS regroupent un total de 45 communes (respectivement 11, 12 et 22) et 370 000 habitants (respectivement 90 000, 100 000 et 180 000).

6.4.3 Histoire médicale du territoire

Le territoire, marqué au 20^e siècle par les mines, a été un territoire actif sur le plan ouvrier à cette période. Les médecins installés dans les villes dynamiques étaient libéraux. En 1946, le régime minier a été mis en place et des MG de proximité ont commencé à être salariés dans ces structures.

Progressivement, le territoire a perdu de son attractivité, avec un inexorable accroissement du taux de chômage. L'attrait du bassin minier a progressivement baissé, également pour les jeunes médecins trouvant plus d'intérêt à se rapprocher de la côte ou des grandes villes (Lille ou Arras), ce qui a participé à la désertification médicale actuelle de l'Artois, comme on peut le lire sur la Figure 12.

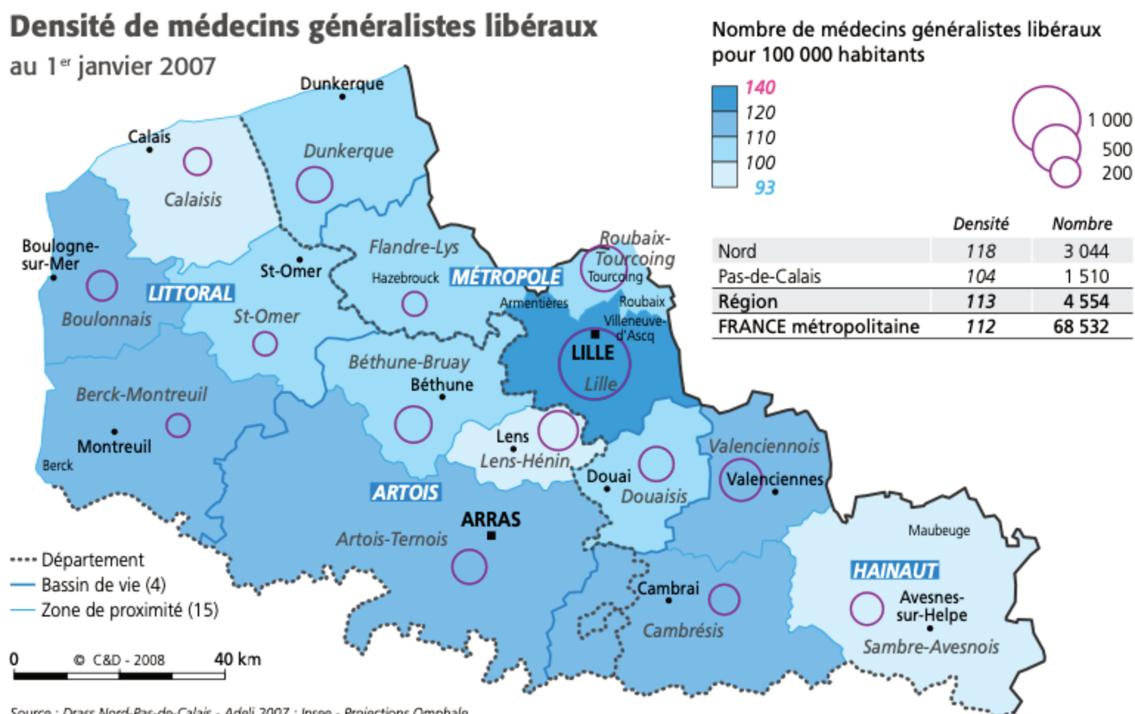


Figure 12 : Densité de MG libéraux dans le Nord-Pas-de-Calais en 2007

6.4.4 Médecins généralistes (MG)

Les trois CPTS regroupent approximativement 180 MG : 55 pour Lens-La Gohelle ainsi que pour Liévin-Pays d'Artois et 70 pour Beaumont-Artois.

On retrouve donc environ 180 MG pour 370 000 habitants, ce qui revient à 49 MG pour 100 000 habitants (la moyenne nationale était de 149 MG pour 100 000 habitants en 2022 selon la sécurité sociale (43)). Le territoire est donc particulièrement sous doté en professionnels de soins primaire, surtout sur le plan médical.

6.4.5 Structures de soins

Sur le plan hospitalier, ce territoire est globalement intéressant car entouré de nombreuses structures de soins : Centre Hospitalier de Lens faisant partie du Groupe Hospitalier Territorial (GHT) de l'Artois avec Béthune, Hénin-Beaumont et La Bassée. S'y trouvent le groupement des polycliniques d'Hénin-Beaumont et de Liévin, et l'hôpital privé de Bois-Bernard, qui jouxte le territoire. Une proximité immédiate existe avec les Groupe Hospitalier Seclin Carvin (GHSC), Béthune, Arras ou encore Lille. À noter que le CH Arras est reconnu Centre Spécialité de prise en charge de l'Obésité (CSO).

La chirurgie de l'obésité est disponible à la polyclinique d'Hénin-Beaumont. En périphérie, les patients sont accueillis à Bois-Bernard, Arras, Béthune-Beuvry ou encore Lille.

6.4.6 Psychiatres

Sur le plan psychiatrique, huit Centres Médico-Psychologiques (CMP) sont présents : à Lens, Avion, Liévin, Harnes, Hénin-Beaumont, Bully-les-mines, Auchy-les-mines et Carvin. En ville, six psychiatres exercent une activité libérale, dont deux sont conventionnés secteur un.

6.4.7 Addictologie

Sur le plan addictologique, trois Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sont présents : à Lens, Hénin-Beaumont et Carvin. Le GHT de l'Artois propose des hospitalisations avec soins de suite, des cures de sevrage, une équipe de liaison et un hôpital de jour. Le GHSC propose la même offre de soins, en lien avec le centre hospitalier de Seclin (hors territoire étudié). La

clinique de la Chenaie à Rouvroy a ouvert récemment et présente un pôle addictologie et un pôle TCA.

La Figure 13 illustre l'offre de soins sur le territoire, regroupant un grand nombre de structures publiques pouvant accueillir des patients atteints d'HB : structures psychiatriques, d'addictologie ou encore générales et de chirurgie. Il est à noter que certaines communes cartographiées ne font pas partie des CPTS sus-citées. C'est notamment le cas de la ville de Bois-Bernard, dotée d'une structure hospitalière non négligeable, mais ne faisant partie d'aucune CPTS.



Figure 13 : Cartographie de l'offre de soins sur le territoire

6.4.8 Paramédicaux

Sur le plan paramédical, les chiffres des CPTS, de la CPAM et des recherches personnelles divergeant, on retrouve environ une quinzaine de diététiciens-nutritionnistes et une vingtaine de psychologues.

A l'évocation de soins primaires sur le territoire, il ne faut pas oublier les infirmiers diplômés d'état (IDE), piliers du soin dans le secteur. Ils ne sont pas, contrairement aux MG, en sous-effectif dans l'Artois. Ils peuvent participer lors de campagnes de prévention mises en place par les CPTS à la détection de différentes pathologies.

Objectifs de l'étude

L'HB est le TCA le plus fréquent en population générale (jusque 5%). Elle est caractérisée par des épisodes de crises d'hyperphagie avec craving alimentaire et perte de contrôle sans conduite de purge. Dans les Hauts de France, et plus particulièrement le bassin minier de l'Artois, des taux records d'obésité existent, situation dans laquelle l'HB est particulièrement prévalente. La prévalence augmente de manière importante lorsque l'on parle de patients en situation d'obésité cherchant à perdre du poids, notamment par le biais d'une chirurgie (jusqu'à 50 % des sujets selon les études). L'HB est un facteur de risque d'évolution défavorable (complications, moindre efficacité de la perte de poids) en post-opératoire chez ces patients (27).

Les conséquences sur le plan somatique et psychiatrique entraînent des coûts de santé particulièrement importants et diminuent l'espérance de vie de manière phénoménale (-5 ans en cas d'IMC > 30 et -10 ans en cas d'IMC > 40). De fait, un dépistage précoce de la pathologie afin d'en limiter les conséquences paraît indispensable, d'autant plus dans un territoire particulièrement touché par l'obésité.

Ce travail a pour but de faire l'état des lieux de la recherche et de la prise en charge de l'HB sur un territoire qui, en théorie devrait être plus touché au vu de la prévalence de l'obésité chez les patients adultes.

En dehors des particularités de la patientèle, c'est la densité médicale particulièrement basse sur le territoire qui pose question. Les MG sont-ils sensibilisés à cette pathologie relativement récente ? La recherchent-ils ? Quels sont leurs recours lorsqu'ils y sont confrontés ?

Cette partie du bassin minier est plutôt bien dotée en structure de soins, notamment sur le plan psychologique, psychiatrique et addictologique. Des réseaux privilégiés entre ces dernières et les professionnels de ville pourraient exister.

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer la recherche de l'HB par les MG sur le territoire, notamment chez les patients présentant un excès de poids.

Les objectifs secondaires sont l'évaluation du suivi pondéral des patients lors des consultations, les circonstances de découverte de l'HB lors des consultations et les recours des MG lorsqu'ils se retrouvent confrontés à la pathologie.

Matériels et méthodes

1 Méthodes

1.1 Type de l'étude

Cette étude basée sur un questionnaire destiné aux médecins généralistes est transversale, observationnelle et quantitative. Le travail est réalisé sur le territoire de trois CPTS : Lens-La Gohelle, Liévin-Pays d'Artois et Beaumont-Artois.

1.2 Population

1.2.1 Inclusion

Les critères d'inclusion étaient simples : être médecin généraliste installé sur le territoire de l'étude. Le fait d'inclure le plus possible de médecins traitants était volontaire, les critères d'exclusion étaient donc peu nombreux.

Le consentement découlait de la réponse au questionnaire. Les réponses étaient anonymes.

Le territoire étant assez large, cela a permis d'étudier une population rurale, urbaine et mixte ainsi que des praticiens présentant un exercice différent (consultations libres, sur rendez-vous...).

1.3 Exclusion

Les critères de non-inclusion étaient les suivants :

- Médecins généralistes remplaçants,
- Médecins généralistes hors territoire,
- Médecins généralistes retraités,
- Médecins exerçant une partie spécifique de la médecine (médecines annexes, pédiatrie uniquement, EHPAD uniquement...).

1.4 Temporalité

Les questionnaires sont envoyés par mail aux médecins généralistes du territoire avec l'aide de la cellule communication de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (F2RSM psychiatrie) du 59, intéressée par le sujet.

Le premier envoi via la F2RSM psychiatrie par mail a été réalisé le 16 mai 2023 et la clôture des réponses s'est faite le 21 juillet 2023.

Les données ont été classées informatiquement sur tableur Excel®.

1.5 Recueil des données

La première étape avant l'envoi du questionnaire était d'obtenir les adresses mail professionnelles des MG du territoire étudié. Pour ce faire, Les coordinateurs des CPTS en question ont été approchés. Après accord des CPTS et des médecins (par mail), les coordinateurs ont envoyé le listing des mails à la cellule communication de la F2RSM psychiatrie.

Grâce à l'aide des CPTS, 155 adresses mail professionnelles ont pu être récupérées. Le territoire comptant 180 MG recensés, cela revient à 86% des médecins installés du territoire.

Le recueil des données est fait à l'aide d'un logiciel indépendant Goupile® créé par la F2RSM psychiatrie permettant une sécurisation et une anonymisation des données.

Le premier envoi a été fait le 16 mai 2023 dans la matinée, et huit relances ont suivi, toutes en début de semaine. Les mails étant dotés d'un accusé de réception, la lecture des mails par les médecins du territoire a pu être suivie.

Environ 50 à 70% des médecins ouvraient le mail à chaque relance (soit 70 à 90 ouvertures) et moins de 10% de réponses au maximum (10 médecins répondant au maximum).

Dans le but d'optimiser la réponse au questionnaire, deux ultimes relances ont été réalisées mi-Juillet par les coordinateurs des trois CPTS.

2 Matériaux

2.1 Le questionnaire

Le questionnaire, disponible en

Annexe 1, était structuré de la manière suivante :

- Caractéristiques sociodémographiques de la population (les médecins généralistes) avec âge, sexe, type et durée d'activité,
- Caractéristiques de la patientèle, avec file active et surveillance pondérale,
- La recherche spécifique de comorbidités psychiatriques et somatique en fonction du poids,
- La recherche spécifique de l'HB chez les patients,
- L'orientation des patients diagnostiqués.

2.2 Analyse des résultats

2.2.1 Résultats obtenus

Différents fichiers sont disponibles :

Un fichier « Résultats » qui comprend plusieurs feuilles visibles en Annexe 2, Annexe 3 et Annexe 4. :

- « Analyses univariée » qui reprend l'ensemble des analyses descriptives pour chacune des variables répertoriées,
- « Analyses bivariées » qui reprend les analyses descriptives pour chacune des variables répertoriées en comparant les médecins qui pèsent leurs patient dans $\leq 50\%$ des cas et ceux qui les pèsent dans $> 50\%$ des cas,
- « Recherche de comorbidité » qui reprend la troisième partie du questionnaire sur la recherche de comorbidités et d'étiologie en comparant les deux groupes de médecins.

Des représentations graphiques :

- « Répartition des patients en surpoids et en situation d'obésité dans leur patientèle selon les MG »,
- « Situations dans lesquelles les médecins répondants recherchent l'HB »

- « Sex-ratio de l'HB selon les MG interrogés »,
- « Différentes orientations des patients lors d'une découverte d'HB (en %) selon les MG répondants »,
- « Recherche des comorbidités par les MG selon le poids du patient »,
- « Sexe des MG en fonction de la surveillance du poids »,
- « Part de patients en surpoids selon les MG en fonction de la surveillance du poids »,
- « Sex-ratio de l'HB selon les MG en fonction de la surveillance du poids »,
- « Orientation des patients en fonction de la surveillance du poids ».

2.2.2 Méthodologie statistique

Pour information, concernant la rédaction de la méthodologie, les analyses statistiques ont été effectuées en deux temps :

- 1er temps: réalisation d'analyses univariées afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives au moyen des moyennes et écart-types et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages,
- 2ème temps: réalisation d'analyses bivariées : les proportions sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Chi2 ou à l'aide d'un test non paramétrique de Fisher (lorsque les effectifs théoriques sont < 5). Les moyennes sont comparées à l'aide d'un test non paramétrique de Wilcoxon (Les conditions d'utilisation d'un test de Student n'étaient pas réunies (groupes ≥ 30 ind/groupe, distribution suivant une loi Normale et variances égales)).

Les résultats sont significatifs lorsque « p » est < 0.05 .

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Excel, R et R studio.

Résultats

1 Échantillon

Sur les 155 mails envoyés aux MG du territoire, 51 ont répondu au questionnaire sur la période de l'étude. Aucun des critères de non-inclusion n'ayant été retrouvé, tous les médecins répondants ont été inclus dans l'étude.

Un tiers des médecins interrogés ont donc répondu au questionnaire (28% des MG à l'échelle du territoire). Un taux de participation plus important était espéré mais cela suffit à interpréter les données reçues.

2 Analyse univariée

2.1 Caractéristiques socio démographiques

Parmi les répondants, 62,7 % sont des hommes (n=32) et 37,3 % des femmes (n=19). L'âge moyen des répondants est de 45 ans et ils exercent une médecine de ville depuis environ 15 ans.

Concernant l'activité des médecins répondants, 94,1 % (n=48) exercent une médecine générale ambulatoire uniquement, 5,9 % (n=3) ont une activité mixte avec une part hospitalière.

Seul un MG exerce une activité orientée vers la gériatrie, néanmoins cela ne consiste pas en l'intégralité de son activité donc il a été inclus dans l'étude, 98 % des répondants avaient donc une activité unique de médecine de ville (n=50) dans leur pratique.

Aucun médecin n'oriente sa pratique vers des médecines alternatives.

2.2 Analyse pondérale de la patientèle

Dans cette partie, il est important de préciser que les MG ne donnaient pas des chiffres exacts, mais plutôt une tendance, un ordre d'idée en fonction de leur expérience mais aussi de leurs croyances.

Dans la Figure 14, sont représentés le pourcentage de patients en surpoids et en situation d'obésité dans la patientèle des médecins interrogés, selon leurs propres représentations.

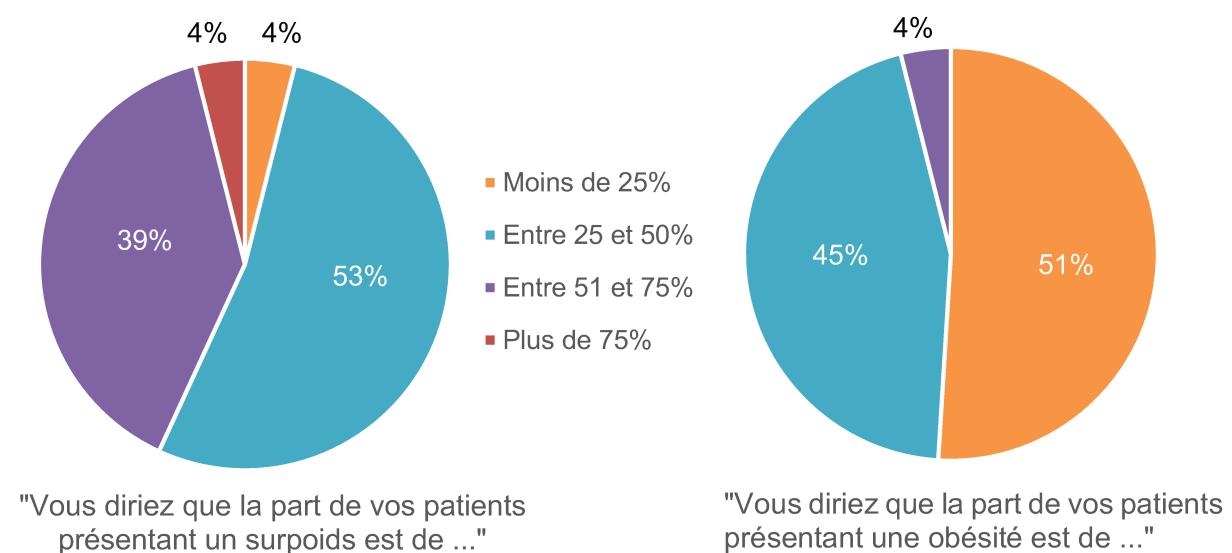


Figure 14 : Répartition des patients en surpoids et en situation d'obésité dans leur patientèle selon les MG

A propos de la surveillance du poids : 41,2 % (n=21) déclarent peser leurs patients dans plus de 75 % des cas, 13,7 % (n=7) dans 51 à 75 % des cas, 27,5 % (n=14) dans 25 à 50 % des cas et 17,6 % (n=9) dans moins de 25 % des cas.

En regroupant, l'échantillon peut être divisé en deux parts :

- Les médecins qui déclarent peser leurs patients dans moins de 50 % des cas, soit 45,1 % des répondants ;
- Les médecins qui déclarent peser leurs patients dans plus de 50 % des cas, soit 54,9 % des répondants.

Cela permettra de réaliser une analyse bivariée des autres indicateurs en tenant compte de la surveillance du poids au cabinet.

2.3 Recherche de l'hyperphagie boulimique

La quasi-totalité des médecins répondants, 96,1 %, ne recherchent pas l'HB chez tous leurs patients, sans parler stricto sensu des critères approfondis du DSM-5. Près de la moitié n'abordent le sujet que quand c'est le patient qui vient consulter dans ce but (47,1%). L'autre moitié tente d'aborder le sujet chez les patients présentant un excès de poids : 29,4 % (n=15) des médecins recherchent la pathologie chez les patients au moins en surpoids, et 19,6 % (n=10) la recherchent chez les patients en situation d'obésité. Les résultats sont illustrés en Figure 15.

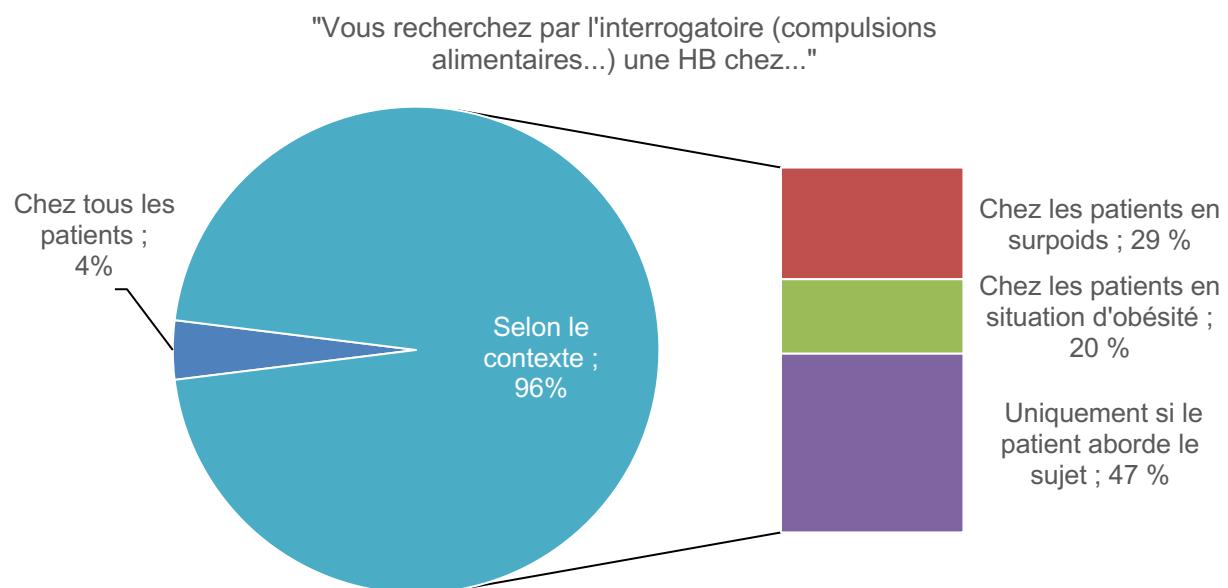


Figure 15 : Situations dans lesquelles les médecins répondants recherchent l'HB

La quasi-totalité des médecins répondants (96,1 %) pensent que l'HB touche moins de la moitié des patients en situation d'obésité. En effet, 54,9 % pensent qu'elle touche moins de 25% des patients en situation d'obésité, et 42,2 % pensent qu'elle touche entre 25 et 50 % des patients en situation d'obésité.

La représentation du sex-ratio de l'HB selon les MG interrogés est illustrée en Figure 16.

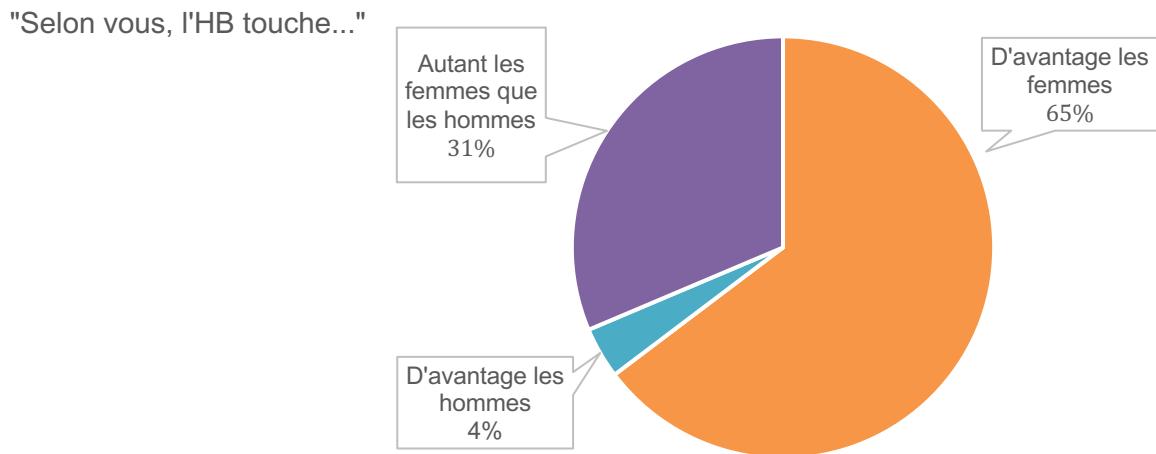


Figure 16 : Sex-ratio de l'HB selon les MG interrogés

La majorité (88,2 %) des MG interrogés s'accorde pour dire que c'est une pathologie insuffisamment diagnostiquée

2.4 Orientation des patients en cas de suspicion d'hyperphagie boulimique

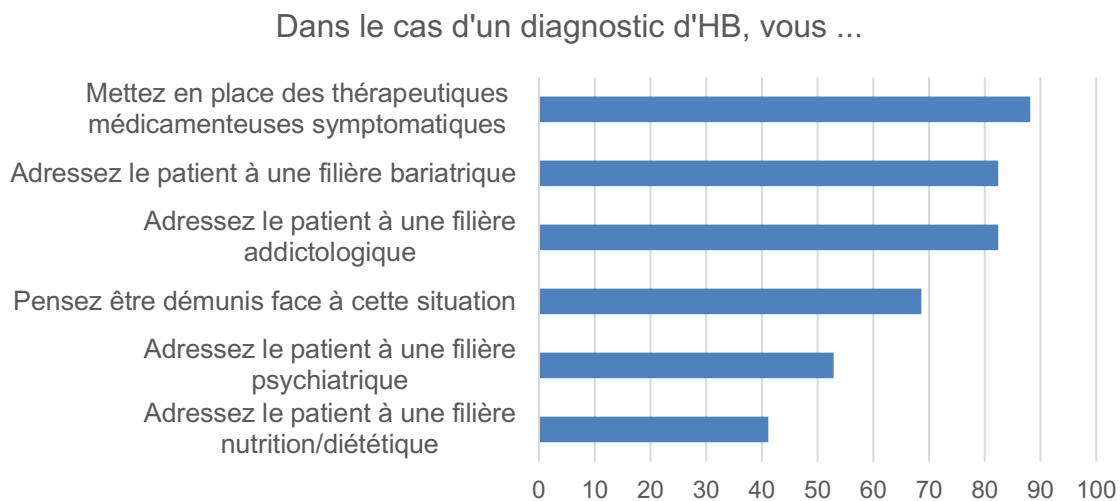


Figure 17 : Différentes orientations des patients lors d'une découverte d'HB (en %) selon les MG répondants

NB : lors de la question sur l'orientation, le questionnaire était à choix multiple.

Une psychothérapie en HDJ à Hénin-Beaumont, à l'hôpital Charlon est mise en place depuis quelques mois, une des questions était d'interroger les médecins généralistes du territoire sur la connaissance de ce programme. La moitié (51 %, soit 26) étaient informés. Parmi eux, 69,2 % (n=18) avaient au moins une fois adressé un patient.

La totalité des médecins interrogés se sont accordés pour affirmer que ce type de prise en charge était utile au patient.

Parmi les répondants, 84,3 % (n=43) ont déclaré être insuffisamment informés sur cette pathologie. Parmi eux, 97,7 % (n=42) étaient intéressés par une information plus approfondie du sujet.

2.5 Recherche des complications de l'obésité

Ce travail était l'occasion d'objectiver l'importance et la priorisation de la recherche des complications de l'obésité en soins primaires sur le territoire. Pour ce faire, une échelle de Likert a été utilisée.

Face à un excès de poids, les comorbidités recherchées par les MG sont illustrées dans la Figure 18.

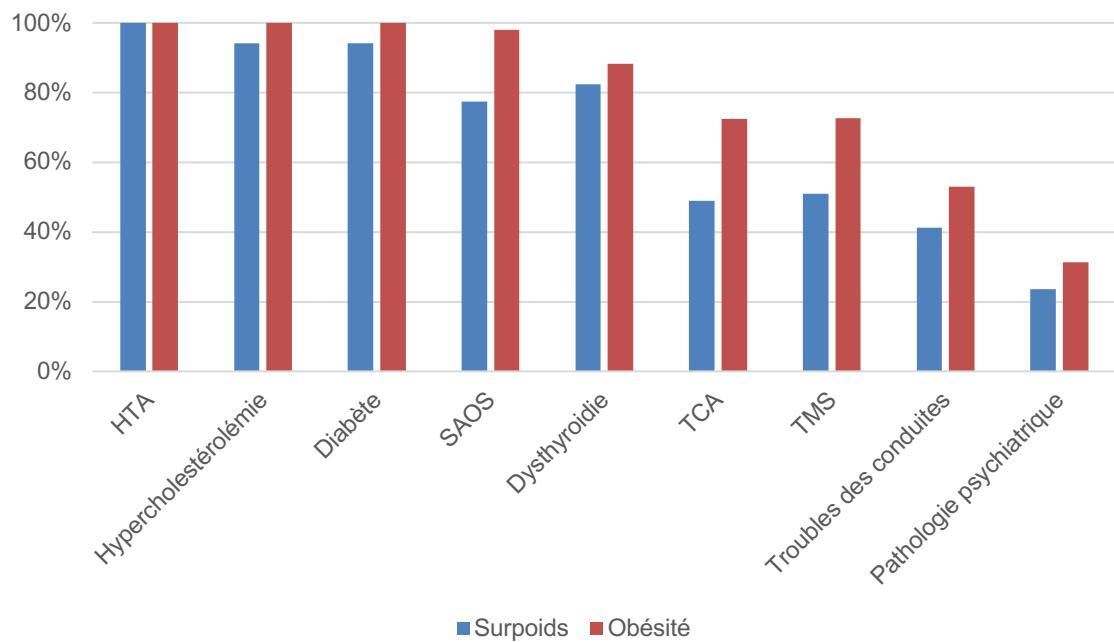


Figure 18 : Recherche des comorbidités par les MG selon le poids du patient

3 Analyse bivariée

Comme dit précédemment, la répartition avec échelle de Likert des médecins pesant leurs patients (moins de 25%, 25 à 50%, 51 à 75% et plus de 75%) était presque égale en scindant en deux catégories : le médecin pèse ses patients dans moins de 50% des cas (45,1%, soit 23) et le médecin pèse ses patients dans plus de 50% des cas (54,9%, soit 28).

Les données précédentes ont été croisées avec ces deux nouveaux effectifs lors d'une analyse comparative bivariée selon les modalités décrites dans la partie « méthodes ».

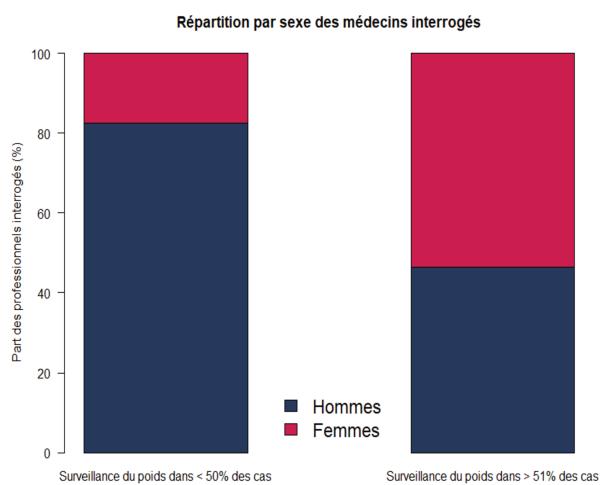


Figure 19 : Sexe des MG en fonction de la surveillance du poids (plus ou moins de 50% des patients)

Dans la population étudiée, les femmes pèsent plus leurs patients que les hommes (Figure 19). En effet, 82,6% des médecins pesant moins fréquemment leurs patients étaient des hommes ($n=19$) ; alors que la majorité (53,6%, soit 15) des médecins pesant fréquemment leurs patients étaient des femmes ($p=0.018$).

L'âge des médecins et la durée d'exercice n'avaient pas d'influence sur la surveillance du poids des patients.

La totalité des médecins pesant fréquemment leurs patients avaient une activité ambulatoire unique. Il existe une tendance non significative : les MG exerçant une surveillance pondérale régulière de la patientèle ont une file active moins importante, néanmoins $p>0.05$.

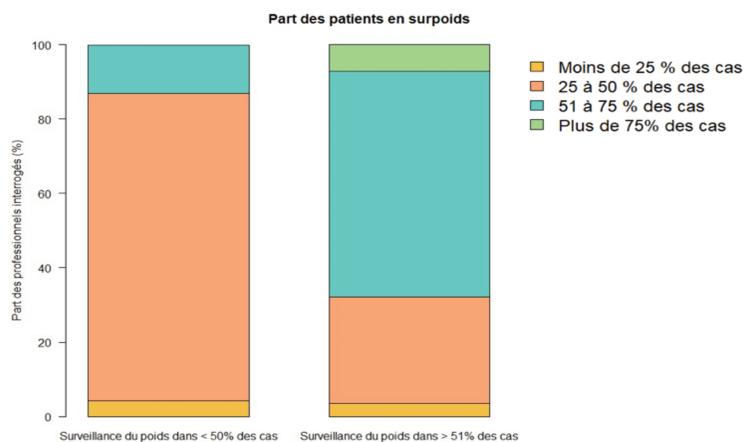


Figure 20 : Part de patients en surpoids selon les MG en fonction de la surveillance du poids (plus ou moins de 50%)

Les MG pesant fréquemment les patients disent avoir une part de patients en surpoids plus importante (50 à 75% à 60,7%) que ceux pesant moins fréquemment des patients (25 à 50% à 82,6%), p<0.001 (Figure 20). Même tendance pour leurs patients en surpoids.

Selon les médecins qui surveillent fréquemment le poids des patients, l'hyperphagie boulimique concerne plus les femmes (pour 78,6%, p=0,041). Les médecins qui surveillent moins le poids sont plus partagés (Figure 21), 43,5% pensent que le sex-ratio est proche de 1 et 47,8% pensent que les femmes sont plus touchées (p=0,041).

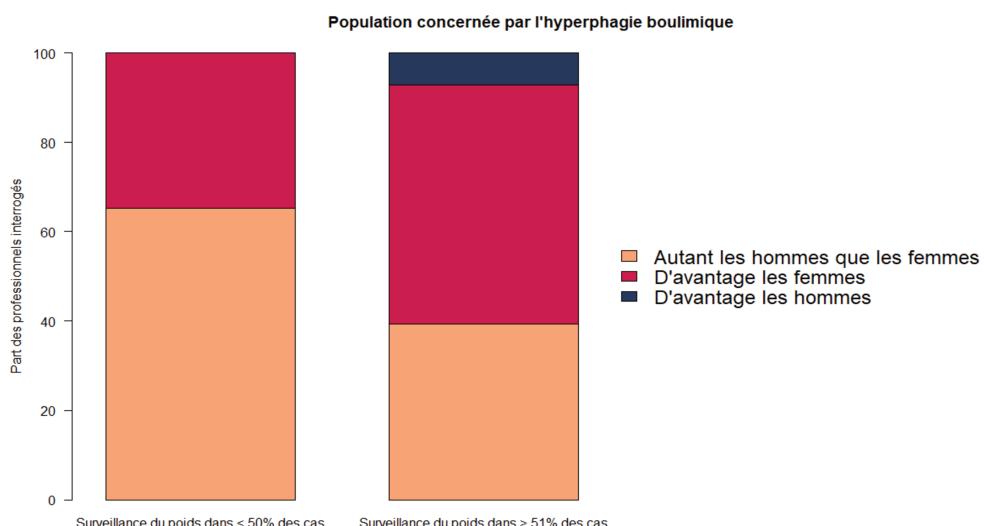


Figure 21 : Sex-ratio de l'HB selon les MG en fonction de la surveillance du poids (plus ou moins de 50%)

Après appariement avec la surveillance du poids en analyse bivariée, aucune interprétation particulière de l'orientation des patients n'est mise en évidence une fois le diagnostic d'HB posé (Figure 22). Les tendances sont que les médecins surveillant moins le poids sont plus démunis (82,6%, p=0,071) et que les médecins surveillant plus le poids adressent plus vers les CSAPA (89,3%, p=0,268) et vers les centres de chirurgie bariatrique (89,3%, p=0,268). Néanmoins, ces résultats ne sont pas significatifs.

Les médecins généralistes mettant en place une surveillance régulière du poids recherchent plus souvent des TCA devant un patient en excès de poids (21,4% en cas de surpoids, contre 13% chez les médecins pesant moins ; 32,1% en cas d'obésité, contre 26,1% chez les médecins pesant moins).

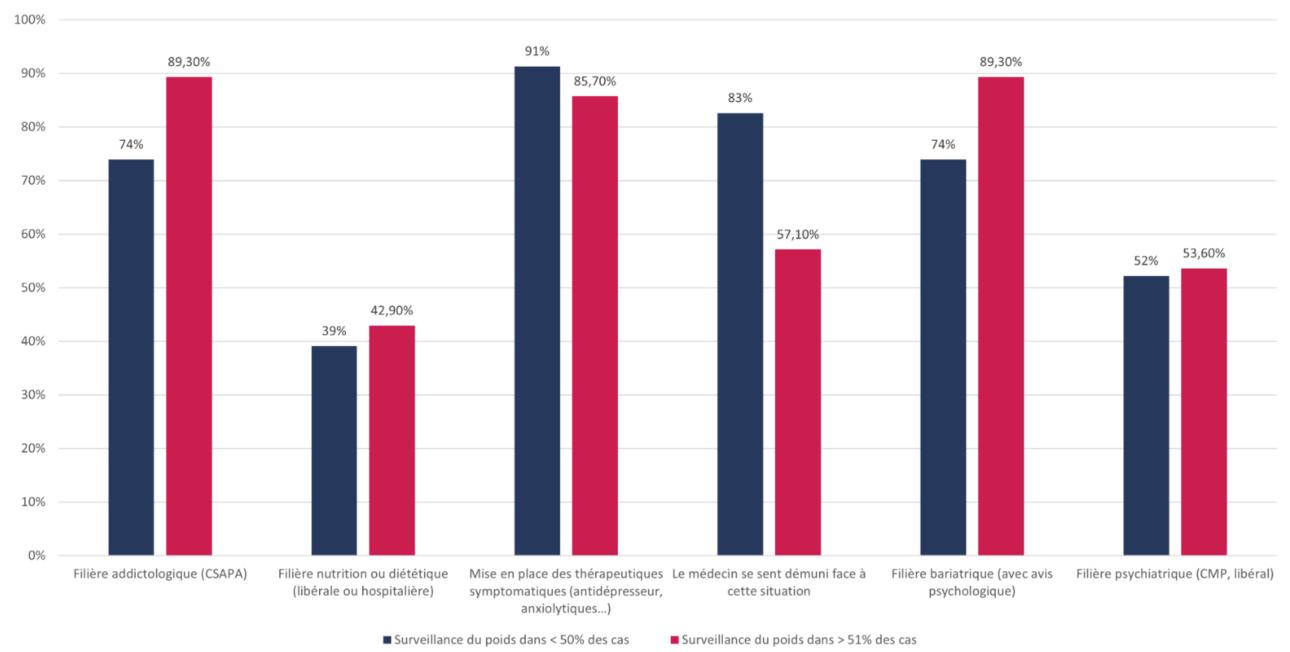


Figure 22 : Orientation des patients en fonction de la surveillance du poids (plus ou moins de 50%)

Discussion

1 Discussion de la méthodologie

Le questionnaire réalisé lors de ce travail ainsi que la méthode de recueil et d'envoi restent perfectibles.

1.1 L'envoi du questionnaire

Le format Goupile ainsi que l'envoi par mail ne semblent pas être limitants dans la mesure où les MG inclus ont ouvert le mail (nous le savons via l'accusé de réception) mais n'ont pas répondu au questionnaire. Dès lors, sont évoqués le manque de temps, un manque d'intérêt pour le sujet ou d'autres raisons, comme décrit par la suite.

1.2 Remarques de médecins du territoire

Lors de l'envoi, une adresse mail pour les retours des MG ainsi que leurs remarques a été mise à disposition. Peu de retours, qu'ils soient positifs ou négatifs sur le sujet, ont été recensés. Néanmoins, certains médecins ont soulevé un point particulier du questionnaire qui est probablement un défaut de langage. En effet, question 3 (« depuis quand exercez-vous une activité libérale ? »), le terme « activité libérale » est employé, ce qui pourrait exclure certains MG salariés du territoire. Dans les critères d'inclusion, aucune distinction salariat/activité libérale n'a été faite et le salariat n'était pas un critère de non-inclusion. L'offre de santé du territoire est historiquement salariée comme le Pas-de-Calais était une région minière. La Caisse Autonome Nationale de Sécurité Sociale dans les Mines (CANSSM) y avait installé un grand nombre de médecins salariés qui exercent désormais au sein du groupe de santé Filieris qui lui a succédé. Un nombre conséquent de médecins du territoire sont salariés de ce groupe, et ont été contactés par mail afin de répondre à notre questionnaire. Le terme « activité libérale », a pu limiter les réponses en excluant les MG salariés. Cela peut expliquer, au moins à minima le faible taux de MG répondants (33%). Les termes « activité de médecine générale », « activité de médecine de ville » ou encore « activité ambulatoire » auraient été plus appropriés.

1.3 Construction du questionnaire

Le questionnaire est articulé de manière à progressivement amener le questionnement sur l'HB, cela peut bien évidemment être biaisé étant donné l'introduction du questionnaire mentionnant directement le sujet.

L'échelle de Likert utilisée lors de l'ouverture sur les complications de la pathologie aura pu induire un biais du fait de son ordre. En effet, les complications somatiques ont été placées avant la recherche de comorbidités addictologiques et psychiatriques. De plus, elles étaient énoncées de manière fermée, ne laissant pas de choix alternatif aux médecins répondants. Néanmoins, cela relève d'une double intentionnalité lors de l'écriture : ne pas brusquer les MG avec les TCA immédiatement, tout en obtenant des réponses les plus objectives possibles.

Dans la construction du questionnaire, le fait de ne pas rappeler les critères de l'HB, au moins approximativement, était volontaire. Cela aurait pu entraîner un biais de confusion, les MG confondant HB et BN étant encore nombreux. Néanmoins, le questionnaire, axé sur la surcharge pondérale, permet de limiter cet amalgame, les patients atteints de BN présentant plutôt des IMC « standards ».

1.4 Subjectivité des résultats obtenus

Comme décrit dans les résultats, le fait de demander aux MG de donner spontanément un ordre de grandeur de la proportion de leur patientèle en excès de poids ne permet pas d'obtenir des chiffres réutilisables, néanmoins cela permet d'intégrer la vision même du médecin vis-à-vis de ses habitudes et ses croyances. Avoir utilisé une échelle de Likert en quart était volontaire, afin d'éviter une position neutre des MG.

2 Interprétation et discussion des résultats

2.1 Objectif principal

Avec ce questionnaire, les MG de trois CPTS du bassin minier ont été sondés afin d'évaluer la recherche de l'HB. Ceci était l'objectif principal de ce travail.

Sur les 155 MG du territoire interrogés, 33% ont répondu. L'analyse s'est uniquement basée sur du déclaratif, c'est à dire que rien ne pourra prouver les résultats obtenus

de manière certaine. Cependant, cela peut paraître encore plus pertinent dans le cadre de ce travail : en effet, les connaissances des médecins généralistes du territoire vis à vis de l'HB étaient sondées. Ainsi donc, le fait d'obtenir une tendance et non des certitudes pourra éventuellement permettre d'essayer de défaire des croyances erronées dans le but de trouver une solution à notre problématique.

Lorsque l'on s'intéresse à notre objectif principal, soit la recherche de l'HB, une infime proportion des médecins interrogés (4%) déclarent rechercher la pathologie chez la totalité de leurs patients. Ceci peut paraître peu, mais c'est tout à fait cohérent en définitive : le travail d'un médecin généraliste est de dépister, d'alerter et de prendre en charge les patients malades. Le dépistage de l'HB chez tous les patients aurait peu de sens, étant donné que les patients atteints présentent un excès de poids. C'est dans cette catégorie de patients que l'hypothèse doit être évoquée.

Environ la moitié (47%) de l'échantillon de répondants n'aborde pas le sujet dans leur patientèle, sauf si le patient se présente dans ce but. La question de savoir si les médecins connaissent la pathologie, si trop de professionnels de santé ne confondent pas HB et BN, ou encore s'ils n'évoquent pas le diagnostic par crainte d'absence de recours peut être posée.

Étant donné l'absence de conduites de purge dans l'HB, la grande majorité des patients atteints de cette pathologie sont en surpoids ou en situation d'obésité. C'est pour cette raison que la perspective de la recherche de l'HB en fonction du poids du patient a été mise en place. Dès lors, environ un tiers (29,4%) des médecins déclarent aborder le sujet et rechercher l'HB chez les patients à minima en surpoids. Tandis que 20 % de l'échantillon a déclaré rechercher les critères d'HB chez les patients en situation d'obésité. Cela paraît trop peu. Les manuels d'enseignement en psychiatrie et addictologie recommandent d'évoquer le diagnostic devant chaque patient présentant une obésité ($IMC > 30$), cela implique de peser ses patients. Le sentiment de honte prédominant dans l'HB, les patients ne l'évoquent que très peu spontanément. C'est donc au MG d'amener le patient à se confier, notamment lorsqu'il présente une obésité, qu'il consulte pour un suivi somatique, un suivi psychiatrique ou addictologique, ou qu'il se présente pour parler de son poids. La HAS a créé une fiche « comment en parler » accessible sur les recommandations 2019 (36).

Les MG répondants pensent pour une immense majorité (96%) que l'HB touche moins de la moitié des patients en situation d'obésité. Ils ont raison, la prévalence de l'HB en population obèse étant située entre 30 et 50%.

La plupart (65%) des répondants pensent que l'HB touche principalement les femmes. Encore une fois, ils ont raison ; le sex-ratio de l'HB étant d'un homme pour deux femmes. Un tiers environ (31%) répondent qu'autant d'hommes que de femmes sont atteints. Même s'ils se trompent, cela est intéressant étant donné que l'HB est le TCA touchant le plus de patients de sexe masculin. Cela veut dire que les MG en ont conscience.

L'étude de l'objectif principal reflète donc une problématique majeure : les médecins du territoire connaissent vaguement la pathologie mais connaissent mal ses caractéristiques et sa prise en charge, et la recherchent peu. Encore une fois, cela peut s'expliquer par la description récente de l'HB, non apprise lors de la formation initiale des médecins installés actuellement sur le territoire, et peu évoquée en formation continue.

Des outils de dépistage sont à la disposition du médecin, tout comme des auto-questionnaires. Le questionnaire SCOFF peut à titre d'exemple être réalisé avec le patient dans le but de rechercher un TCA avec une sensibilité et spécificité acceptables, sans discriminer le trouble (44).

Néanmoins, la réalisation du questionnaire avec explications au patient peut être considérée comme chronophage par le MG, bien que les questions soient peu nombreuses (au nombre de 5). De plus, aucune cotation spécifique n'existe, comme par exemple avec le test de Hamilton ou le Mini Mental State dans la dépression ou la démence.

2.2 Objectifs secondaires

2.2.1 Représentation pondérale de la patientèle

Il était techniquement impossible de recenser de manière certaine la proportion de patients en surpoids et en situation d'obésité chez des médecins généralistes ayant en moyenne 1195 patients dans leur file active. C'est pourquoi il a été préféré de les questionner sur leur représentation de leurs patients selon leur poids.

Les MG se sont globalement entendus pour dire qu'environ la moitié de leur patientèle était selon eux en surpoids, tandis qu'environ un-quart était en situation d'obésité. Cela concorde avec les chiffres INSERM 2023, selon lesquels 47,3 % des adultes français présentent un excès de poids et 22 % des adultes des Hauts de France sont en situation d'obésité. La représentation du poids des patients chez les MG du territoire est donc plutôt cohérente, en accord avec la réalité. Il existe peu de différence en analyse bivariée, que les médecins pèsent ou non fréquemment leurs patients.

2.2.2 Suivi du poids

Chez les patients adultes, il était attendu d'avoir un suivi du poids non systématique, comparativement à la population pédiatrique pour lesquels les visites sont plus fréquentes et la croissance staturo-pondérale au premier plan du suivi par le MG.

En effet, les médecins ont déclaré pour 45 % d'entre eux peser dans moins de la moitié des cas leurs patients adultes.

Si l'on recherche principalement les critères d'HB chez les patients présentant un excès de poids, il paraît cohérent de penser que les médecins qui ne pèsent pas fréquemment leurs patients seront moins sensibilisés à cette pathologie.

En analyse bivariée, il apparaît que les MG de sexe féminin exercent une surveillance pondérale plus stricte chez leurs patients que les MG de sexe masculin ($p=0,018$). Cela pourrait-il vouloir dire que les femmes accordent plus d'importance au poids, et qu'en tant que MG, cela se projette sur leur patientèle ? Selon la littérature, les femmes apporteraient plus de soin au suivi de leur poids, consulteraient plus souvent le MG pour un problème d'excès de poids (45). Cela pourrait donc être en corrélation avec les résultats : les femmes (dont les femmes MG) accorderaient plus d'importance au poids donc les médecins de sexe féminin pèseraient plus leurs patients ?

2.2.3 Recherche des complications de l'obésité lors du suivi

Ce questionnaire a été l'occasion d'analyser l'ordre dans lequel les MG du territoire recherchent les complications du surpoids et de l'obésité, ainsi que la priorisation.

Les complications somatiques sont recherchées principalement, et par la grande majorité des médecins, avec dans l'ordre l'HTA, le diabète et l'hypercholestérolémie. Une dysthyroïdie est ensuite recherchée, tout comme un syndrome d'apnée du sommeil. Ensuite, viennent les TCA et les TMS où les médecins interrogés sont

partagés. Les complications psychiatriques et troubles des conduites autres font rarement partie du questionnement des médecins.

Cette gradation dans l'importance de la recherche des complications ou de l'étiologie de l'excès de poids peut avoir du sens, étant donné la prévalence des complications. Étonnamment, les TCA étaient assez fréquemment recherchés, par plus de la moitié de l'échantillon interrogé lorsque les patients présentaient une obésité.

2.2.4 Recours éventuels des médecins du territoire lors de la découverte d'une HB

La réponse à cette question était un objectif secondaire majeur lors de la mise en place de ce travail. En effet, le territoire est particulièrement sous doté en MG. Dans le même temps, il existe des structures médicalisées dédiées à la prise en charge de cette problématique sur le territoire. Au premier plan d'entre elles, les unités TCA du CH Hénin-Beaumont et celles récemment mises en place à la clinique de la Chenaie à Rouvroy. L'unité CSO du CH Arras peut également être mentionnée.

Les médecins mettent en place dans un premier temps pour la plupart (88%) des thérapeutiques symptomatiques des troubles psychiatriques. Ils adressent ensuite pour 82 % les patients en addictologie au CSAPA. Une majorité (53%) adresse les patients suspects d'HB aux structures psychiatriques ou au psychiatre libéral. Moins de la moitié (42%) fait appel aux diététiciens-nutritionnistes. Dès lors, se pose la question de savoir si les MG du territoire préfèrent suivre eux-mêmes leurs patients pour les réévaluer, ou s'ils n'utilisent pas assez les ressources en addictologie aux alentours.

Le faible nombre de consultations de nutritionnistes/diététiciens peut être expliqué par le non-remboursement des consultations, le bassin minier étant une zone particulièrement précaire sur le plan financier. La même explication aurait pu être faite pour les consultations chez le psychologue, recours cependant non mentionné dans le questionnaire.

Les résultats obtenus mettent en évidence de manière presque paradoxale une méconnaissance du maillage territorial qui concerne la prise en charge spécialisée de l'HB. En effet, 69% des MG déclarent se retrouver en difficulté d'orientation lors d'une

suspicion d'HB, même si la moitié des médecins connaissent le programme de TCA mis en place au CH d'Hénin-Beaumont.

2.2.5 Cas particulier de la chirurgie bariatrique

Parmi les répondants, 82 % orientent un patient atteint d'HB vers un centre de chirurgie bariatrique. À titre de comparaison, c'est exactement le même pourcentage que l'orientation en addictologie en CSAPA.

Il faut rappeler que l'HB est une contre-indication à une chirurgie bariatrique, certes temporaire, mais contre indiquant le geste tant qu'elle n'est pas stabilisée (46). Les MG installés seraient donc moins bien formés et informés sur l'HB dans cette situation où l'orientation est quasiment une erreur. Existe-t'il une problématique de formation initiale ? De formation continue ? De manque d'intérêt pour la pathologie ? Serait-ce le choix de la facilité ? Y aurait-il une pression de la part du patient ?

L'orientation dès le diagnostic interroge : l'HB sera-t-elle prise en charge en amont d'une chirurgie par les équipes chirurgicales ? Le patient « reconnaîtra-t-il » être atteint de TCA, au risque de voir sa chirurgie reportée ? Ce d'autant plus si le patient est demandeur de chirurgie de l'obésité. Il faut bien avoir à l'esprit que les programmes de chirurgie bariatrique « standard » sont longs et qu'il existe des structures, privées la plupart du temps, permettant d'y accéder plus facilement et en un laps de temps limité. Dans ces dernières, le suivi des patients opérés n'est pas optimal, que ce soit sur le plan somatique après le geste, ou sur le plan psychologique.

La procédure préopératoire « idéale » durerait environ 9 à 12 mois (47). Elle comprend une étape d'évaluation pluridisciplinaire, une étape d'information et une étape de préparation. Une procédure préopératoire optimale est indispensable à la réduction des risques et des complications péri-opératoires ; elle participera à l'obtention d'un résultat significatif sur le long terme. Lors de la phase de préparation, une recherche de TCA doit être réalisée, comme décrit sur la Figure 23.

Partie comportement alimentaire

Cette étape consiste en la prise en charge d'un éventuel trouble du comportement alimentaire avec l'objectif d'obtenir une rémission du trouble ou une réduction de la fréquence des compulsions.

Cette phase est indispensable pour faciliter l'adaptation au montage gastrique et réduire le risque de reprise pondérale après l'intervention

1. Analyse alimentaire qualitative et quantitative
2. Evaluation de la structure alimentaire quotidienne
3. Estimation du rythme de la consommation alimentaire
4. Détermination de la durée des repas
5. Appréciation de la mastication et de la vitesse
6. Identification satiété/faim/envie/plaisir
7. Détermination des causes de la consommation des aliments
8. Appréciation des compulsions

Figure 23 : Analyse du comportement alimentaire en phase préopératoire de chirurgie bariatrique (47)

La littérature décrit des taux d'apparition d'HB post chirurgie bariatrique relativement faibles (6 à 9%) en comparaison à la prévalence d'HB des patients inclus dans les parcours de chirurgie de l'obésité (jusqu'à 49%) (48).

Il est admis qu'un TCA présent en post-chirurgie est un facteur de moins bons résultats sur la perte de poids et que la correction préalable d'une HB sous-jacente permet une efficacité majorée de la perte de poids après une chirurgie de l'obésité (49).

3 Et après ?

3.1 Territoire de l'étude

Le choix des MG du bassin minier et particulièrement des trois CPTS interrogées, était totalement arbitraire. Néanmoins, cela paraît pertinent, dans le sens où la population est la plus en surpoids de France, avec une prévalence d'HB probablement accrue. L'offre de soins primaires, notamment en médecine générale, est nettement sous dotée par rapport à la moyenne nationale. Mais les recours plus spécialisés pour ce trouble, existent sur le territoire, ce qui en faisait une bonne population cible dans un premier temps.

Il est assez rare de trouver des centres axés uniquement TCA et non pas des CSAPA plutôt « généralistes ». Le centre hospitalier d'Hénin-Beaumont bénéficie d'une aile dédiée aux TCA, et d'un programme d'addictologie centré sur l'HB. Cela se déroule en plusieurs séances d'hôpital de jour (HDJ).

A titre d'exemple, le CH Hénin-Beaumont, dans son aile TCA, a depuis 2021 une équipe pluriprofessionnelle dédiée à la prise en charge de l'HB. Les patients sont orientés via la ville ou via les structures d'addictologie adjacentes. En 2022, à un an de l'ouverture, 75 patients étaient vus en ambulatoire et 45 patients avaient bénéficié du programme d'hôpital de jour (HDJ). Les patients ont été interrogés en pré et post programme HDJ afin d'évaluer leur évolution. Ils ont pu analyser 21 patients observants, et leurs résultats sont plus qu'intéressants. En effet, les patients déclarent présenter moins de crises, moins d'anxiété, moins de dépression, avec une meilleure capacité d'intéroception et une plus grande estime de soi (Annexe 5)

En aucun cas le poids du patient en pré et post HDJ n'est évoqué lors du questionnaire. En effet, dans le cadre de la prise en charge initiale de l'HB, le poids importe peu. Ce que l'on cherche en premier lieu est de stabiliser le TCA et que le patient ne présente plus de crise ou une meilleure gestion émotionnelle. Le poids pourra être ensuite pris en charge dans une approche globale d'un patient en situation de surpoids ou d'obésité stable psychiquement. Un recours efficace pour la prise en charge de l'HB sur le territoire est donc disponible.

3.2 Information aux MG du territoire

A la fin du questionnaire envoyé, les MG sont questionnés sur leur connaissance des HDJ TCA au centre hospitalier d'Hénin-Beaumont. La moitié des MG (n=26) déclarent connaître ce recours de prise en charge globale et 70 % d'entre eux (n=18) déclarent y avoir orienté des patients.

Une majeure partie des répondants (84 %, n=43) déclarent ne pas être assez informés sur la prise en charge de l'HB. Parmi eux, un seul médecin n'est pas intéressé par une information complémentaire vis-à-vis de l'HB et de sa prise en charge ; 98 % le sont.

L'information et non la formation est ici évoquée pour des médecins surchargés étant donné la pression de soins nécessaire sur le territoire. La simple information sur les bases de l'HB et le recours privilégié sur le territoire pourrait permettre une meilleure orientation des patients diagnostiqués. Précédemment, les résultats mettent en évidence une majeure partie de notre échantillon (69%) qui se sent démunie lors de l'évocation du diagnostic d'HB. Ceci pourrait indirectement amener les MG à occulter le diagnostic, étant donné qu'ils se sentent limités pour la suite. Le fait de mieux

connaître la pathologie et l'orientation privilégiée pourrait éventuellement conduire les médecins à un interrogatoire plus approfondi lors d'une consultation pour un surpoids, un patient cherchant à perdre du poids ou encore une consultation de suivi somatique d'un patient en situation d'obésité. Une mise en évidence du trouble pourrait être actée, dans le but de réduire les complications et la morbi-mortalité.

La première étape, prévue au préalable, sera d'envoyer aux médecins interrogés une synthèse de ce travail avec un complément d'information sur l'HB et sur sa prise en charge sur le territoire. Les CPTS pourront ensuite être mises à contribution afin de pérenniser une sorte de politique de prévention de l'HB sur le territoire.

Une fois l'information passée, si tant est que les MG lisent le retour sur expérience dans le bassin minier, une formation complémentaire pourra être envisagée. Un point sur l'HB paraît indispensable suite à la lecture de nos résultats. La plupart des MG n'ont pas été formés à l'HB lors de leurs études, étant donné que la pathologie n'était pas décrite dans les collèges d'enseignement (apparue en 2015). Refaire une formation sur le diagnostic précis de la pathologie, les recours, les comorbidités de cette pathologie de plus en plus prévalente serait pertinent.

3.3 Quand réellement parler d'HB avec un patient ?

Il est indispensable de parler d'HB lorsque l'on parle d'excès de poids. Néanmoins, il faut également savoir s'éloigner du poids afin d'avoir une vue d'ensemble du patient atteint de ce TCA. En effet, l'excès de poids et ses complications somatiques peuvent cacher l'HB sous-jacente ; c'est particulièrement sur ce point qu'il faut insister auprès de nos confrères MG. L'interrogatoire d'un patient présentant une obésité devrait idéalement régulièrement inclure l'alimentation du sujet et la recherche de TCA. Néanmoins, l'HB peut dans certains cas cacher d'autres troubles du spectre psychiatrique et addictologie qu'il faudra savoir prendre en charge.

À la suite des statistiques évoquées précédemment sur la recherche de l'HB (moins de 30% des MG interrogés recherchent le trouble en présence d'un excès de poids), le simple fait de plus aborder le sujet pourra permettre une détection plus importante de patients atteints. Un patient diagnostiqué tôt pourra être orienté plus tôt et bénéficier de fait d'une prise en charge adaptée du trouble. Un médecin mieux informé pourra mieux orienter son patient, probablement moins en parcours bariatrique par exemple.

L'information des MG du territoire, dont certains ont été formés avant les années 2010 avec apparition de l'HB dans les référentiels de psychiatrie et d'addictologie, pourrait permettre une approche plus « addictologique » de la pathologie. Le but étant de s'éloigner initialement d'une vision « généraliste » du patient en situation d'obésité afin d'y revenir une fois sa pathologie stabilisée.

3.4 Les MG sont-ils les seuls professionnels de santé sur lesquels s'appuyer ?

La tension chez les MG du territoire est décrite depuis le début de ce travail. Cette zone sous dense, avec une population touchée par la précarité et l'obésité, nécessite un investissement à la fois sur le plan social mais aussi médical, ce qui est particulièrement chronophage.

Les CPTS ont été introduites récemment dans le bassin minier de l'Artois. Elles ont vocation à coordonner les exercices médicaux et paramédicaux afin de travailler dans une même direction pour le bénéfice du patient. Sur le territoire, il y a des diététiciens, nutritionnistes et psychologues, dont certains sont adhérents des CPTS. Le fait de travailler sur la détection puis la prise en charge de l'HB de manière coordonnée et pluriprofessionnelle, dans le but de mettre en place des réseaux privilégiés avec des professionnels qui se connaissent pourrait localement être une première solution.

Faire participer les CPTS dans le but de véhiculer de l'information sur l'HB puis des formations pour et par les acteurs locaux, ainsi que créer des protocoles pluriprofessionnels coordonnés par le MG pourrait être une pierre angulaire de la prise en charge de l'HB sur le territoire. En effet la prévention est une des missions socles des CPTS, tout comme la prise en charge de l'obésité notamment chez les plus jeunes.

La CPTS La Gohelle a récemment un carnet de suivi pluriprofessionnel du patient diabétique. On pourrait imaginer par exemple la création d'un carnet de suivi du patient en situation d'obésité où les TCA pourraient être abordés.

A une échelle plus petite, au sein d'un cabinet ou d'une maison de santé, la mise en place d'assistants médicaux formés pourrait améliorer dans un premier temps la prise des constantes et des biométries, ce qui pourrait gommer les effets du sexe du MG sur la surveillance du poids. Dans un second temps, ces assistants médicaux pourraient initier l'interrogatoire au sujet des habitudes alimentaires des patients.

Conclusion

Ce travail a permis de mettre en évidence un sous dépistage de l'HB dans le bassin minier de l'Artois chez les MG. L'HB est encore une pathologie méconnue malgré sa prévalence en hausse et son lien direct avec l'obésité. Cela peut être expliqué en partie par la description récente de cette maladie multifactorielle dans la littérature.

Une information aux MG du territoire sur la pathologie et ses recours privilégiés existants à proximité pourrait permettre un dépistage plus important et plus précoce de cette problématique complexe pour bon nombre de patients. Ceci dans le but de limiter les complications psychiques mais aussi somatiques de l'HB.

Cette information aux professionnels de santé de l'Artois sera réalisée dans les suites de ce travail, en mettant à contribution les CPTS, acteurs majeurs de la coordination du soin sur le territoire. Cela a pour vocation une information non seulement des médecins mais également des autres acteurs paramédicaux dans le but de soulager les MG et de mutualiser les moyens humains pour le dépistage et la prévention de l'HB.

Liste des figures

Figure 1 : critères DSM-5 de l'HB.....	12	
Figure 2 : critères DSM-5 de la BN	13	
Figure 3 : Des troubles fréquents mais "peu visibles"(21)	14	
Figure 4 : Prévalence des troubles psychiques en population générale, en situation d'obésité avec ou sans TCA (29)	17	
Figure 5 : Interface somatique et psychique de l'obésité, intrication et perméabilité (29)	18	
Figure 6 : Des troubles fréquents, peu visibles. Une origine encore plus invisible ? .	19	
Figure 7 : Répartition géographique des prévalences de l'obésité en 2020 dans les régions françaises (33).....	21	
Figure 8 : Évolution des prévalences de l'obésité selon l'âge entre les enquêtes Obépi-Roche 1997-2012 et l'enquête Obépi 2020 (33)	22	
Figure 9 : Territoire de la CPTS de Lens la Gohelle (40)	Figure 10 : Territoire de la CPTS Beaumont Artois (41).....	23
Figure 11 : Territoire de la CPTS Liévin-Pays d'Artois (42)	23	
Figure 12 : Densité de MG libéraux dans le Nord-Pas-de-Calais en 2007	24	
Figure 13 : Cartographie de l'offre de soins sur le territoire	26	
Figure 14 : Répartition des patients en surpoids et en situation d'obésité dans leur patientèle selon les MG.....	34	
Figure 15 : Situations dans lesquelles les médecins répondants recherchent l'HB ...	35	
Figure 16 : Sex-ratio de l'HB selon les MG interrogés	36	
Figure 17 : Différentes orientations des patients lors d'une découverte d'HB (en %) selon les MG répondants	36	
Figure 18 : Recherche des comorbidités par les MG selon le poids du patient	37	
Figure 19 : Sexe des MG en fonction de la surveillance du poids (plus ou moins de 50% des patients)	38	

Figure 20 : Part de patients en surpoids selon les MG en fonction de la surveillance du poids (plus ou moins de 50%)	39
Figure 21 : Sex-ratio de l'HB selon les MG en fonction de la surveillance du poids (plus ou moins de 50%)	39
Figure 22 : Orientation des patients en fonction de la surveillance du poids (plus ou moins de 50%)	40
Figure 23 : Analyse du comportement alimentaire en phase préopératoire de chirurgie bariatrique (47)	48

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire de l'étude	60
Annexe 2 : Analyse descriptive univariée	63
Annexe 3 : Analyse descriptive bivariée	66
Annexe 4 : Recherche de comorbidités en analyses univariée et bivariée	68
Annexe 5 : Bilan 2022 du service hyperphagie du CH d'Hénin-Beaumont	69

Références

1. Corcos M, Atger F, Jeammet P. Évolution des approches compréhensives des troubles des conduites alimentaires. Ann Méd-Psychol. 2003;(161):621-9.
2. Foulon C. Hyperphagie boulimique : évolution des concepts et critères diagnostiques actuels (DSM V). Eur Psychiatry. nov 2013;28:98.
3. Federico Amianto, Luisa Ottone. Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5. BMC Psychiatry. avr 2015;15:70.
4. Grigioni, Déchelotte. Épidémiologie et évolution des troubles du comportement alimentaire. Médecine et Nutrition. 2012;28:32.
5. Ingmar H.A, Franken. Drug craving and addiction: integrating psychological and neuropsychopharmacological approaches. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. juin 2003;27(4):563-79.
6. Auriacombe Marc, Fatséas Mélina, Daulouède Jean-Pierre. Le craving et nouvelle clinique de l'addiction : une perspective simplifiée et opérationnelle. Ann Méd-Psychol. oct 2018;176(8):746-9.
7. Auriacombe Marc, Serre Fuschia, Fatséas Mélina. Le craving: marqueur diagnostique et pronostique des addictions? Traité Addictologie. 2016;78-83.
8. Wise, Roy A. The neurobiology of craving: Implications for the understanding and treatment of addiction. Journal of Abnormal Psychology. 97^e éd. 1988;118-32.
9. Le village des addictions. Comprendre les mécanismes neurobiologiques [Internet]. Addict'AIDE. 2016. Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/comprendre-les-mecanismes-neurobiologiques/>
10. Boris Hansel, Laurent Karila. Du plaisir à l'addiction, que se passe-t-il dans notre cerveau ? [Internet]. The conversation. 2020. Disponible sur: <https://theconversation.com/du-plaisir-a-laddiction-que-se-passe-t-il-dans-notre-cerveau-148701#:~:text=L%27activation%20du%20circuit%20de,comportement%20nous%20procurant%20du%20plaisir>.
11. Fatséas Mélina, Galvez Xavier, Monthioux Elisabeth. Désordres alimentaires chez les patients souffrant d'un trouble de l'usage de substances : spécificités cliniques et liens avec les TCA. Alcoologie Addictologie. 2023;
12. Marcia L Pelchat. Of human bondage: Food craving, obsession, compulsion, and addiction. Physiol Behav. juill 2002;76(3):347-52.
13. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. Collège national des Universitaires de Psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, et Collège universitaire national des enseignants en addictologie. Press Univ Fr-Rabelais. 2016;
14. Muriel Valentino, Vanessa Folope. Repérer et prendre en charge les troubles du comportement alimentaire dans l'obésité [Internet]. L'obésité, tous concernés. Disponible sur: <https://csohn.chu-rouen.fr/wp->

<content/uploads/sites/44/2017/02/Reperer-les-troubles-du-comportement-alimentaire-dans-lobesite-M-Valentino-et-V-Folope.pdf>

15. M-S Guillon, M-A Crocq. Estime de soi à l'adolescence : revue de la littérature. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. févr 2004;52(1):30-6.
16. Kelly d'Aoust, Donna Robertson, Shelley Moore. Ravaler sa douleur : Étude des liens entre l'anorexie, la boulimie et la violence contre les femmes et les filles. Santé Canada [Internet]. oct 2001; Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/arretons-violence-familiale/publications/ravaler-douleur-etude-liens-entre-anorexie-boulimie-violence-contre-femmes-filles.html>
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition, text revision (DSM-V-TR). 2013.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, text revision (DSM-IV-TR). 2000.
19. collège des enseignants de psychiatrie. Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent et l'adulte. janv 2021;
20. l'Assurance Maladie. Boulimie et hyperphagie boulimique : définition et causes. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/boulimie-et-hyperphagie-boulimique/boulimie-hyperphagie-boulimique-definition-causes>
21. Haute Autorité de Santé. Boulimie et hyperphagie boulimique : des troubles invisibles ? Mini-session présenté à; 2020.
22. V Giusti, E Héraïef, R C Gaillard. Predictive factors of binge eating disorder in women searching to lose weight. Eat Weight Disord. mars 2004;9.
23. M Khiari, R Mizouri, F Boukhayatia. Prévalence des troubles du comportement alimentaire chez un groupe d'obèses tunisiens. Nutrition Clinique et Métabolisme. 33^e éd. mars 2019;40-1.
24. W Ketata, J Aloulou, N Charfi. Hyperphagie boulimique et obésité : aspects épidémiologiques, cliniques et psychopathologiques. Étude d'une population d'obèses à Sfax (Tunisie). Ann Endocrinol. déc 2009;70(6):462-7.
25. Spitzer, R L Devlin, M Walsh. Binge eating disorder : A multisite field trial of the diagnostic criteria. International Journal of Eating Disorders. 11^e éd. 1992;191-203.
26. Troubles du comportement alimentaire de l'obésité sévère : une prévalence trop sous-estimée. Nutr Clin Métabolisme. mai 2023;37(2S2):28-9.
27. Gavin Meany, Eva Conceicao, James E Mitchell. Binge Eating, Binge Eating Disorder and Loss of Control Eating: Effects on Weight Outcomes after Bariatric Surgery. Eur Eat Disord. 2014;22(2).
28. Castonguay LG, Eldredge KL, Agras WS. Binge eating disorder : Current state and future directions. Clin Psychol Rev. 1995;15:865-90.
29. Y Corminboeuf, V Giusti. Rôle de l'approche psychologique dans la prise en charge des patients obèses. Rev Médicale Suisse. 2014;10:686-90.
30. V Giusti, M Panchaud. Profil psychologique du patient obèse. Rev Médicale Suisse. 2007;3:846-9.
31. V Di Vetta, V Szymanski, J clarisse. Lorsque le patient obèse ne perd pas de

poids ou continue à en prendre. Rev Médicale Suisse. 2012;8:673-7.

32. ML Dansinger, JA Gleason, JL Griffith. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: A randomized trial. JAMA. 2005;(293):43-53.
33. Inserm. Obésité et surpoids : près d'un Français sur deux concerné. État des lieux, prévention et solutions thérapeutiques. 2023.
34. C Ciangura, C Poitou-Bernet. Complications des obésités. Cent Rech En Nutr Hum INSERM. févr 2010;
35. A Peeters, JJ Barendregt, F Willekens. L'obésité réduit l'espérance de vie. Minerva. 2004;3(1):7-9.
36. Haute Autorité de Santé. Boulimie et hyperphagie boulimique Repérage et éléments généraux de prise en charge. Fédération Française Anorexie Boulimie. juin 2019;
37. Santé Publique France. Manger Bouger [Internet]. Programme National Nutrition Santé. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr>
38. Fontbonne A, et al. Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the “Ligue Contre l’Obésité”. J Clin Med. janv 2023;
39. Agence Régionale de la Santé. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. Les coopérations entre professionnels. Disponible sur: [https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante#:~:text=Les%20communaut%C3%A9s%20professionnelles%20territoriales%20de%20sant%C3%A9%20\(CPTS\)%20regroupent%20les%20professionnels,r%C3%A9pondre%20%C3%A0%20des%20probl%C3%A9matiques%20communes.](https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante#:~:text=Les%20communaut%C3%A9s%20professionnelles%20territoriales%20de%20sant%C3%A9%20(CPTS)%20regroupent%20les%20professionnels,r%C3%A9pondre%20%C3%A0%20des%20probl%C3%A9matiques%20communes.)
40. CPTS La Gohelle [Internet]. Disponible sur: <https://www.facebook.com/CPTSLagohelle/>
41. CPTS Beaumont Artois [Internet]. Disponible sur: <https://www.cpts-beaumontartois.fr>
42. CPTS Liévin Pays d'Artois [Internet]. Disponible sur: <https://www.cpts-lievin.fr>
43. La Sécurité Sociale. Densité départementale des médecins généralistes et spécialistes [Internet]. Disponible sur: <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/1-4-1-densite-departementale-des.html#:~:text=En%202022%2C%20en%20France%2C%20la,habitants%20avec%2033%20%25%20de%20lib%A9aux.>
44. M P Tavolacci, A Gillibert, S Grigioni. Dépistage et orientation diagnostique des troubles du comportement alimentaire. Nutr Clin Métabolisme. nov 2018;32(4):328-9.
45. L Prod'homme, C Riglet, N Godart. Montez sur la balance ! Vécu de l'abord du poids en consultation de médecine générale. Santé Publique. 2019;31:7-17.
46. L Boulanouar, L Locatelli, V Meuli. Troubles du comportement alimentaire, addiction à la nourriture et chirurgie bariatrique. Rev Médicale Suisse. 13(Nutrition-Obésité):2017.
47. V Giusti, M Benoit, L Schwab. Chirurgie bariatrique : quelle est la durée idéale de l'itinéraire préopératoire ? Rev Médicale Suisse. 25 mars 2015;

48. CSO Rouen. Survenue de TCA après chirurgie bariatrique : mythe ou réalité ? [Internet]. CHU Hôpitaux de Rouen. 2016. Disponible sur: <https://csohn.chu-rouen.fr/wp-content/uploads/sites/44/2017/02/Troubles-du-comportement-alimentaire-apres-chirurgie-bariatrique-M-Taleb.pdf>
49. D B Sarwer, T A Wadden, R H Moore. Preoperative eating behavior, postoperative dietary adherence, and weight loss after gastric bypass surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2008;4(5):640-6.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de l'étude

Questionnaire de thèse hyperphagie boulimique

Bonjour,

Je suis Boris Nitkowski et je termine prochainement mon DES de médecine générale.

Dans le cadre de mon travail de thèse, je réalise une étude sur la prise en charge de l'hyperphagie boulimique en ville, auprès des médecins généralistes exerçant sur le territoire du bassin minier (CPTS La Gohelle, CPTS Liévin pays d'Artois, CPTS Hénin-Carvin).

Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra pas plus de 5min.

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer vos droits d'accès aux données, de retrait ou de modification. Ce questionnaire contient des champs d'expression libre, afin de préserver le caractère confidentiel et anonyme de la recherche, je vous prie d'être particulièrement vigilant, et de ne pas communiquer de données directement identifiantes lors de vos réponses. Vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Partie 1 : Caractéristiques sociodémographiques

1) Vous êtes : *

- Un homme
- Une femme
- Autre

2) Quel est votre âge ? (en années) *

 an

3) Depuis combien de temps exercez-vous une activité libérale ? (en années) *

 an

4) Avez-vous une activité : *

- De médecine générale libérale uniquement
- Mixte de médecine générale libérale et hospitalière

5) Concernant l'orientation de votre activité : *

- Exclusivement ou principalement d'orientation générale
- Orientée majoritairement vers une autre spécialité (pédiatrie, gériatrie...)
- Orientée majoritairement vers les médecines annexes (acupuncture, homéopathie...)

Partie 2 : En pratique

6) Combien de personnes compte votre patientèle ? *

 personne

7) Vous pesez vos patients et effectuez une surveillance du poids au cabinet dans : *

- | | | | |
|----------------------|------------------|------------------|---------------------|
| Moins de 25% des cas | 25 à 50% des cas | 51 à 75% des cas | Plus de 75% des cas |
|----------------------|------------------|------------------|---------------------|

8) Vous diriez que la part de vos patients présentant un surpoids (IMC ≥ 25) est d'environ : *

- | | | | |
|----------------------|------------------|------------------|---------------------|
| Moins de 25% des cas | 25 à 50% des cas | 51 à 75% des cas | Plus de 75% des cas |
|----------------------|------------------|------------------|---------------------|

9) Vous diriez que la part de vos patients présentant une obésité (IMC ≥ 30) est d'environ : *

- | | | | |
|----------------------|------------------|------------------|---------------------|
| Moins de 25% des cas | 25 à 50% des cas | 51 à 75% des cas | Plus de 75% des cas |
|----------------------|------------------|------------------|---------------------|

Partie 3 : Recherche de comorbidités / étiologies

Lorsque vous mettez en évidence un surpoids / une obésité chez l'un de vos patients, vous recherchez systématiquement

	Surpoids	Obésité
10) Une hypercholestérolémie	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord
11) Un diabète	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord
12) Une hypertension artérielle	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord
13) Un syndrome d'apnée du sommeil	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord
14) Un trouble musculo-squelettique	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord
15) Un trouble des conduites alimentaires	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord
16) Un trouble des conduites addictives autre (toxiques, alcool...)	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord
17) Une pathologie psychiatrique	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord
18) Une dysthyroïdie	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord	<input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> Tout à fait d'accord

Partie 4 : l'hyperphagie boulimique

19) Vous recherchez par l'interrogatoire (compulsions, craving alimentaire) une hyperphagie boulimique chez : *

- L'intégralité de vos patients
- Uniquement chez les patients en situation d'obésité
- Uniquement chez les patients en surpoids et en situation d'obésité
- Uniquement lorsque le patient aborde le sujet (compulsions, craving alimentaire...)
- Vous ne recherchez jamais une hyperphagie boulimique chez vos patients

20) Vous pensez que l'hyperphagie boulimique en population obèse concerne : *

Moins de 25% des cas 25 à 50% des cas 51 à 75% des cas Plus de 75% des cas

21) Vous pensez que l'hyperphagie boulimique concerne : *

- Davantage les hommes
- Davantage les femmes
- Autant les hommes que les femmes

22) Selon vous, l'hyperphagie boulimique en population générale est : *

- Diagnostiquée de manière suffisante
- Insuffisamment diagnostiquée
- Aucun avis

Partie 5 : Orientation

23) Dans le cas d'un diagnostic d'hyperphagie boulimique : *

- Vous adressez le patient à une filière nutrition ou diététique (libérale ou hospitalière)
- Vous adressez le patient à une filière psychiatrique (CMP, libéral)
- Vous adressez le patient à une filière bariatrique (avec avis psychologique)
- Vous adressez le patient à une filière addictologique (CSAPA)
- Vous mettez en place des thérapeutiques symptomatiques (antidépresseur, anxiolytiques...)
- Vous pensez être démunis face à cette situation

24) Savez-vous qu'il existe des stratégies de prise en charge psychothérapeutiques spécifiques de l'hyperphagie boulimique sur votre territoire (CH d'Hénin Beaumont - Charlon) ? *

- Oui
- Non

25) Pensez-vous que cela puisse être utile à votre pratique et bénéfique à vos patients ? *

- Oui
- Non
- Aucun avis

26) Pensez-vous être suffisamment informés à la prise en charge de cette pathologie ? *

- Oui
- Non
- Aucun avis

Merci beaucoup pour votre participation !

Je ne manquerai pas de vous tenir informés des résultats de ce travail.

Pour toute question complémentaire, vous pouvez me contacter à cette adresse boris.nitkowski@gmail.com

Annexe 2 : Analyse descriptive univariée

Analyses descriptives sur effectif total	
n	51
Données socio-démographiques	
Sexe	
Hommes, n (%)	32 (62,7)
Femmes, n (%)	19 (37,3)
Age, m (sd)	45,08 (12,22)
Ancienneté activité libérale (en années), m (sd)	15,65 (11,83)
Activité	
Médecine générale libérale uniquement	48 (94,1)
Mixte de médecine générale libérale et hospitalière	3 (5,9)
Orientation de l'activité, n (%)	
Exclusivement ou principalement d'orientation générale	50 (98,0)
Majoritairement vers une autre spécialité (pédiatrie, gériatrie...)	1 (2,0)
Majoritairement vers les médecines annexes (acupuncture, homéopathie...)	0 (0,0)
En pratique	
Patientèle, m (sd)	1195,31 (472,91)
Pesée et surveillance du poids au cabinet	
Moins de 25 % des cas	9 (17,6)
25 à 50 % des cas	14 (27,5)
51 à 75 % des cas	7 (13,7)
Plus de 75% des cas	21 (41,2)
Part de patients en surpoids (IMC ≥ 25)	
Moins de 25 % des cas	2 (3,9)
25 à 50 % des cas	27 (52,9)
51 à 75 % des cas	20 (39,2)
Plus de 75% des cas	2 (3,9)
Part de patients obèses (IMC ≥ 30)	
Moins de 25 % des cas	26 (51,0)
25 à 50 % des cas	23 (45,1)
51 à 75 % des cas	2 (3,9)
Plus de 75% des cas	0 (0,0)

Analyses descriptives sur effectif total		
n	51	
Hyperphagie boulimique		
Recherche par l'interrogatoire (compulsions, craving alimentaire) d'une hyperphagie boulimique, n (%)		
Intégralité des patients	2 (3,9)	
Uniquement chez les patients en situation d'obésité	10 (19,6)	
Uniquement chez les patients qui abordent le sujet	24 (47,1)	
Uniquement chez les patients en situation de surpoids ou d'obésité	15 (29,4)	
Jamais	0 (0,0)	
Hyperphagie boulimique en population obèse, n (%)		
Moins de 25 % des cas	28 (54,9)	
25 à 50 % des cas	21 (41,2)	
51 à 75 % des cas	2 (3,9)	
Plus de 75% des cas	0 (0,0)	
L'hyperphagie boulimique concerne, n (%)		
Autant les hommes que les femmes	16 (31,4)	
Davantage les femmes	33 (64,7)	
Davantage les hommes	2 (3,9)	
L'hyperphagie boulimique en population générale, n (%)		
Aucun avis	5 (9,8)	
Insuffisamment diagnostiquée	45 (88,2)	
Diagnostiquée de manière suffisante	1 (2,0)	
Orientation		
Dans le cas d'un diagnostic d'hyperphagie boulimique, n (%)		
Vous adressez le patient à une filière addictologique (CSAPA)	42 (82,4)	
Vous adressez le patient à une filière nutrition ou diététique (libérale ou hospitalière)	21 (41,2)	
Vous mettez en place des thérapeutiques symptomatiques (antidépresseur, anxiolytiques...)	45 (88,2)	
Vous pensez être démunis face à cette situation	35 (68,6)	
Vous adressez le patient à une filière bariatrique (avec avis psychologique)	42 (82,4)	
Vous adressez le patient à une filière psychiatrique (CMP, libéral)	27 (52,9)	
Connaissance des stratégies de prise en charge psychothérapeutiques spécifiques de l'hyperphagie boulimique sur votre territoire (CH D'Hénin-Beaumont-Charlon): Oui , n (%)		26 (51,0)
Si oui, avez-vous déjà orienté des patients vers cette structure? n (%)		<i>n = 26</i>
Oui	18 (69,2)	
Non	8 (30,8)	
Stratégies utiles et bénéfique: Oui, n (%)		51 (100,0)
Pensez-vous être suffisamment informés à la prise en charge de cette pathologie, n (%)		
Oui	7 (13,7)	
Non	43 (84,3)	
Aucun avis	1 (2,0)	
Si non, seriez-vous intéressés par de l'information à propos de l'hyperphagie boulimique, n (%)		<i>n = 43</i>
Oui	42 (97,7)	
Non	1 (2,3)	

Analyses descriptives sur l'effectif total

n	51	
Recherche de comorbidités / étiologies	Surpoids	Obésité
Hypercholestérolémie, n(%)		
Pas du tout d'accord	0 (0,0)	0 (0,0)
Plutôt pas d'accord	3 (5,9)	0 (0,0)
Plutôt d'accord	15 (29,4)	9 (17,6)
D'accord	33 (64,7)	42 (82,4)
Diabète, n (%)		
Pas du tout d'accord	0 (0,0)	0 (0,0)
Plutôt pas d'accord	3 (5,9)	0 (0,0)
Plutôt d'accord	15 (29,4)	10 (19,6)
D'accord	33 (64,7)	41 (80,4)
Hypertension artérielle, n (%)		
Pas du tout d'accord	0 (0,0)	0 (0,0)
Plutôt pas d'accord	0 (0,0)	0 (0,0)
Plutôt d'accord	14 (27,5)	8 (15,7)
D'accord	37 (72,5)	43 (84,3)
Syndrome d'apnée du sommeil, n (%)		
Pas du tout d'accord	0 (0,0)	0 (0,0)
Plutôt pas d'accord	11 (21,6)	1 (2,0)
Plutôt d'accord	26 (51,0)	23 (45,1)
D'accord	14 (27,5)	27 (52,9)
Trouble musculo-squelettique, n (%)		
Pas du tout d'accord	5 (9,8)	5 (9,8)
Plutôt pas d'accord	20 (39,2)	9 (17,6)
Plutôt d'accord	22 (43,1)	26 (51,0)
D'accord	4 (7,8)	11 (21,6)
Trouble des conduites alimentaires, n (%)		
Pas du tout d'accord	7 (13,7)	4 (7,8)
Plutôt pas d'accord	19 (37,3)	10 (19,6)
Plutôt d'accord	16 (31,4)	22 (43,1)
D'accord	9 (17,6)	15 (29,4)
Trouble des conduites autres, n (%)		
Pas du tout d'accord	4 (7,8)	3 (5,9)
Plutôt pas d'accord	26 (51,0)	21 (41,2)
Plutôt d'accord	16 (31,4)	21 (41,2)
D'accord	5 (9,8)	6 (11,8)
Pathologie psychiatrique, n (%)		
Pas du tout d'accord	10 (19,6)	27 (52,9)
Plutôt pas d'accord	29 (56,9)	8 (15,7)
Plutôt d'accord	8 (15,7)	12 (23,5)
D'accord	4 (7,8)	4 (7,8)
Dysthyroïdie, n (%)		
Pas du tout d'accord	1 (2,0)	1 (2,0)
Plutôt pas d'accord	8 (15,7)	5 (9,8)
Plutôt d'accord	23 (45,1)	19 (37,3)
D'accord	19 (37,3)	26 (51,0)

Annexe 3 : Analyse descriptive bivariée

Analyses comparatives	Total	Surveillance du poids dans ≤ 50% des cas	Surveillance du poids dans > 50% des cas	
n	51	23	28	p
Données socio-démographiques				
Sexe				
Hommes, n (%)	32 (62,7)	19 (82,6)	13 (46,4)	
Femmes, n (%)	19 (37,3)	4 (17,4)	15 (53,6)	
Age, m (sd)	45,08 (12,22)	44,04 (12,57)	45,93 (12,10)	0,489
Ancienneté activité libérale (en années), m (sd)	15,65 (11,83)	15,74 (12,40)	15,57 (11,56)	0,835
Activité				
Médecine générale libérale uniquement	48 (94,1)	20 (87)	28 (100)	
Mixte de médecine générale libérale et hospitalière	3 (5,9)	3 (13,0)	0 (0,0)	
Orientation de l'activité, n (%)				
Exclusivement ou principalement d'orientation générale	50 (98,0)	23 (100,0)	27 (96,4)	
Majoritairement vers une autre spécialité (pédiatrie, gériatrie...)	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (3,6)	
Majoritairement vers les médecines annexes (acupuncture, homéopathie,,)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
En pratique				
Patientèle, m (sd)	1195,31 (472,91)	1249,07 (505,00)	1151,15 (449,31)	0,582
Part de patients en surpoids (IMC ≥ 25), n (%)				
Moins de 25 % des cas	2 (3,9)	1 (4,3)	1 (3,6)	
25 à 50 % des cas	27 (52,9)	19 (82,6)	8 (28,6)	
51 à 75 % des cas	20 (39,2)	3 (13,0)	17 (60,7)	
Plus de 75% des cas	2 (3,9)	0 (0,0)	2 (7,1)	
Part de patients obèses (IMC ≥ 30), n (%)				
Moins de 25 % des cas	26 (51,0)	15 (65,2)	11 (39,3)	
25 à 50 % des cas	23 (45,1)	8 (34,8)	15 (53,6)	
51 à 75 % des cas	2 (3,9)	0 (0,0)	2 (7,1)	
Plus de 75% des cas	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Hyperphagie boulimique				
Recherche par l'interrogatoire (compulsions, craving alimentaire) d'une hyperphagie boulimique, n (%)				
Intégralité des patients	2 (3,9)	0 (0,0)	2 (7,1)	
Uniquement chez les patients en situation d'obésité	10 (19,6)	7 (30,4)	3 (10,7)	
Uniquement chez les patients qui abordent le sujet d'obésité	24 (47,1)	9 (39,1)	15 (53,6)	
Jamais	15 (29,4)	7 (30,4)	8 (28,6)	
Hyperphagie boulimique en population obèse, n (%)				
Moins de 25 % des cas	28 (54,9)	13 (56,5)	15 (53,6)	
25 à 50 % des cas	21 (41,2)	10 (43,5)	11 (39,3)	
51 à 75 % des cas	2 (3,9)	0 (0,0)	2 (7,1)	
Plus de 75% des cas	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
L'hyperphagie boulimique concerne, n (%)				
Autant les hommes que les femmes	16 (31,4)	10 (43,5)	6 (21,4)	
Davantage les femmes	33 (64,7)	11 (47,8)	22 (78,6)	
Davantage les hommes	2 (3,9)	2 (8,7)	0 (0,0)	
L'hyperphagie boulimique en population générale, n (%)				
Aucun avis	5 (9,8)	3 (13,0)	2 (7,1)	
Insuffisamment diagnostiquée	45 (88,2)	19 (82,6)	26 (92,9)	
Diagnostiquée de manière suffisante	1 (2,0)	1 (4,3)	0 (0,0)	

Analyses comparatives	Total	Surveillance du poids dans ≤ 50% des cas	Surveillance du poids dans > 50% des cas	
n	51	23	28	p
Orientation				
Dans le cas d'un diagoqtic d'hyperphagie boulimique, n (%)				
Vous adressez le patient à une filière addictologique (CSAPA)	42 (82,4)	17 (73,9)	25 (89,3)	0,268
Vous adressez le patient à une filière nutrition ou diététique (libérale ou hospitalière)	21 (41,2)	9 (39,1)	12 (42,9)	1,000
Vous mettez en place des thérapeutiques symptomatiques (antidépresseur, anxiolytiques...)	45 (88,2)	21 (91,3)	24 (85,7)	0,678
Vous pensez être démunis face à cette situation	35 (68,6)	19 (82,6)	16 (57,1)	0,071
Vous adressez le patient à une filière bariatrique (avec avis psychologique)	42 (82,4)	17 (73,9)	25 (89,3)	0,268
Vous adressez le patient à une filière psychiatrique (CMP, libéral)	27 (52,9)	12 (52,2)	15 (53,6)	1,000
Connaissance des stratégies de prise en charge psychothérapeutiques spécifiques de l'hyperphagie boulimique sur votre territoire (CH D'Hénin-Beaumont-Charlon): Oui , n (%)	26 (51,0)	11 (47,8)	15 (53,6)	0,781
Si oui, avez-vous déjà orienté des patients vers cette structure? n (%)	n = 26	n = 11	n = 15	0,804
oui	18 (69,2)	7 (63,6)	11 (73,3)	
non	8 (30,8)	4 (36,4)	4 (26,7)	
Stratégies utiles et bénéfique: Oui, n (%)	51 (100,0)	23 (100,0)	28 (100,0)	0,829
Pensez-vous être suffisamment informés à la prise en charge de cette pathologie, n (%)				
Oui	7 (13,7)	4 (17,4)	3 (10,7)	
Non	43 (84,3)	19 (82,6)	24 (85,7)	
Aucun avis	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (3,6)	
Si non, seriez-vous intéressés par de l'information à propos de l'hyperphagie boulimique, n (%)				
oui	42 (97,7)	19 (82,6)	23 (82,1)	1,000
non	1 (4,7)	0 (0,0)	1 (3,6)	

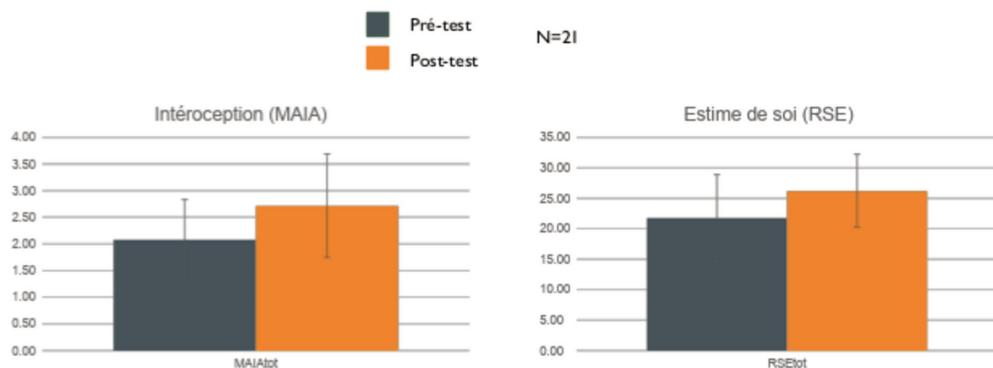
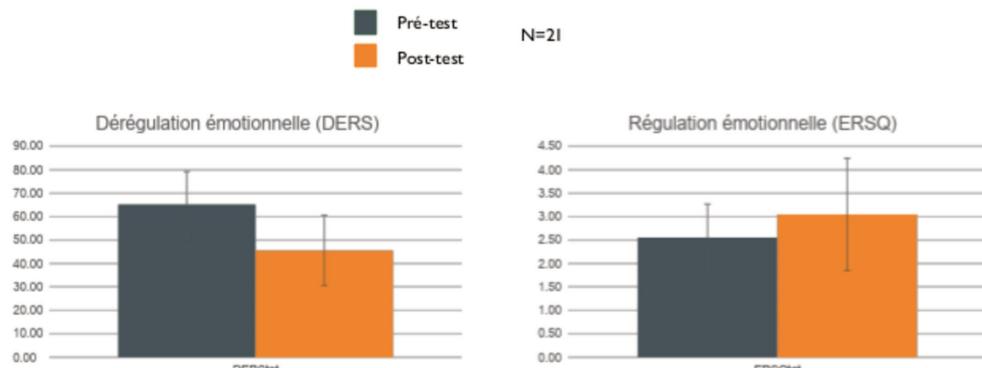
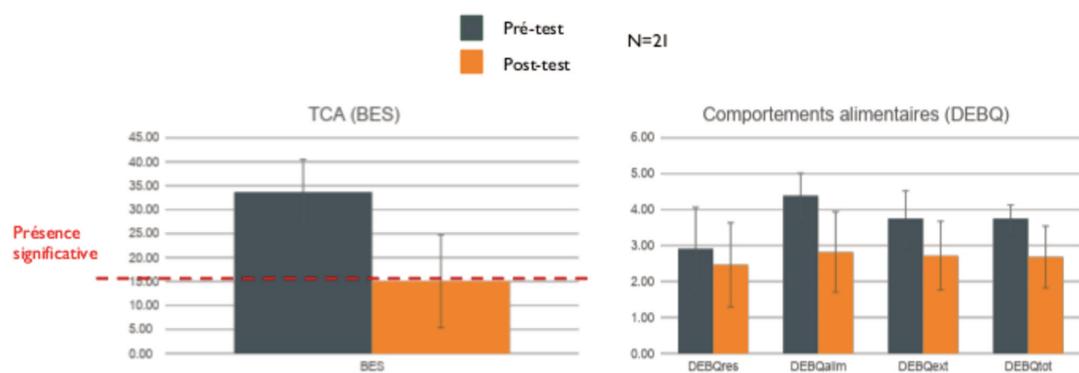
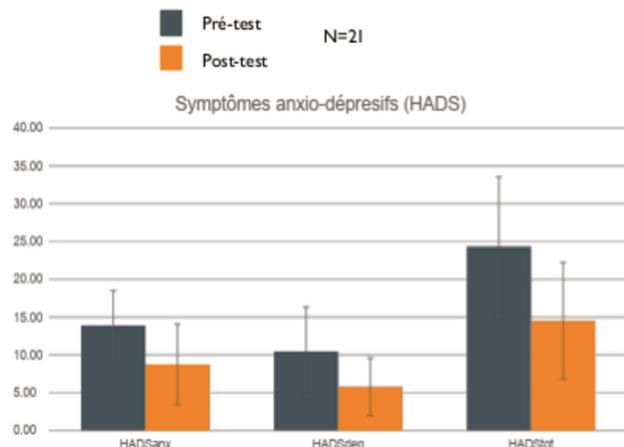
Annexe 4 : Recherche de comorbidités en analyses univariée et bivariée

Analyses sur effectif total et analyse comparative	n	Surveillance du poids dans <50% des cas			Surveillance du poids dans 51% des cas			Surveillance du poids dans <50% des cas			Surveillance du poids dans 51% des cas			Surveillance du poids dans	
		Total	23	Surpoids	28	51	23	28	51	23	28	51	23	28	Obésité
Recherche de comorbidités / étiologies															
Hypercholestérolémie, n (%)															
Pas du tout d'accord	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 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Plutôt pas d'accord	3 (5,9)	2 (8,7)	1 (3,6)	1 (3,6)	9 (32,1)	9 (17,6)	4 (17,4)	4 (17,4)	5 (17,6)	5 (17,9)	5 (17,9)	5 (17,9)	5 (17,9)	5 (17,9)	5 (17,9)
Plutôt d'accord	15 (29,4)	6 (26,1)	9 (32,1)	9 (32,1)	18 (64,3)	42 (82,4)	19 (82,6)	19 (82,6)	19 (82,6)	23 (82,1)	23 (82,1)	23 (82,1)	23 (82,1)	23 (82,1)	23 (82,1)
D'accord	33 (64,7)	15 (65,2)	18 (64,3)	18 (64,3)											
Diabète, n (%)															
Pas du tout d'accord	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 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Plutôt pas d'accord	3 (5,9)	2 (8,7)	1 (3,6)	1 (3,6)	9 (32,1)	10 (19,6)	4 (17,4)	4 (17,4)	5 (17,6)	5 (17,9)	5 (17,9)	5 (17,9)	5 (17,9)	5 (17,9)	5 (17,9)
Plutôt d'accord	15 (29,4)	6 (26,1)	8 (34,8)	8 (34,8)	15 (65,2)	41 (80,4)	19 (82,6)	19 (82,6)	19 (82,6)	22 (79,5)	22 (79,5)	22 (79,5)	22 (79,5)	22 (79,5)	22 (79,5)
D'accord	33 (64,7)														
Hypertension artérielle, n (%)															
Pas du tout d'accord	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 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Plutôt pas d'accord	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 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Plutôt d'accord	14 (27,5)	8 (34,8)	6 (21,4)	6 (21,4)	37 (72,5)	43 (84,3)	18 (78,6)	18 (78,6)	18 (78,6)	25 (89,3)	25 (89,3)	25 (89,3)	25 (89,3)	25 (89,3)	25 (89,3)
D'accord	37 (72,5)	15 (65,2)	22 (78,6)	22 (78,6)											
Syndrome d'apnée du sommeil, n (%)															
Pas du tout d'accord	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 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Plutôt pas d'accord	11 (21,6)	6 (26,1)	5 (17,9)	5 (17,9)	12 (52,2)	14 (50,0)	12 (52,2)	12 (52,2)	12 (52,2)	12 (52,2)	12 (52,2)	12 (52,2)	12 (52,2)	12 (52,2)	12 (52,2)
Plutôt d'accord	26 (51,0)	12 (52,2)	14 (50,0)	14 (50,0)	5 (21,7)	9 (32,1)	5 (21,7)	5 (21,7)	5 (21,7)	5 (21,7)	5 (21,7)	5 (21,7)	5 (21,7)	5 (21,7)	5 (21,7)
D'accord	14 (27,5)	5 (21,7)	9 (32,1)	9 (32,1)											
Trouble musculo-squelettique, n (%)															
Pas du tout d'accord	5 (9,8)	3 (13,0)	2 (7,1)	2 (7,1)	9 (39,1)	11 (39,3)	11 (39,3)	11 (39,3)	9 (17,6)	9 (17,6)	9 (17,6)	9 (17,6)	9 (17,6)	9 (17,6)	9 (17,6)
Plutôt pas d'accord	20 (39,2)	9 (39,1)	11 (39,3)	11 (39,3)	22 (43,1)	11 (47,8)	11 (39,3)	11 (39,3)	26 (51,0)	13 (56,5)	13 (56,5)	13 (56,5)	13 (56,5)	13 (56,5)	13 (56,5)
Plutôt d'accord	22 (43,1)	11 (47,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (7,8)	4 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (21,6)	4 (17,4)	4 (17,4)	4 (17,4)	4 (17,4)	4 (17,4)	4 (17,4)
D'accord	4 (7,8)	0 (0,0)	4 (14,3)	4 (14,3)											
Trouble des conduites alimentaires, n (%)															
Pas du tout d'accord	7 (13,7)	4 (17,4)	3 (10,7)	3 (10,7)	19 (37,3)	8 (34,8)	11 (39,3)	11 (39,3)	10 (19,6)	6 (26,1)	6 (26,1)	6 (26,1)	6 (26,1)	6 (26,1)	6 (26,1)
Plutôt pas d'accord	19 (37,3)	8 (34,8)	12 (52,2)	12 (52,2)	16 (31,4)	8 (34,8)	8 (28,6)	8 (28,6)	22 (43,1)	9 (39,1)	9 (39,1)	9 (39,1)	9 (39,1)	9 (39,1)	9 (39,1)
Plutôt d'accord	16 (31,4)	8 (34,8)	7 (30,4)	7 (30,4)	9 (17,6)	3 (13,0)	6 (21,4)	6 (21,4)	15 (29,4)	6 (26,1)	6 (26,1)	6 (26,1)	6 (26,1)	6 (26,1)	6 (26,1)
D'accord	9 (17,6)	3 (13,0)	2 (8,7)	2 (8,7)											
Trouble des conduites autres, n (%)															
Pas du tout d'accord	4 (7,8)	2 (8,7)	2 (7,1)	2 (7,1)	26 (51,0)	16 (31,4)	16 (31,4)	16 (31,4)	17 (50,0)	21 (41,2)	21 (41,2)	21 (41,2)	21 (41,2)	21 (41,2)	21 (41,2)
Plutôt pas d'accord	26 (51,0)	12 (52,2)	16 (31,4)	16 (31,4)	16 (31,4)	7 (30,4)	7 (30,4)	7 (30,4)	9 (32,1)	10 (43,5)	10 (43,5)	10 (43,5)	10 (43,5)	10 (43,5)	10 (43,5)
Plutôt d'accord	16 (31,4)	7 (30,4)	5 (9,8)	5 (9,8)	5 (9,8)	2 (8,7)	3 (10,7)	3 (10,7)	6 (11,8)	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)
D'accord	5 (9,8)	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)											
Pathologie psychiatrique, n (%)															
Pas du tout d'accord	10 (19,6)	5 (21,7)	5 (17,9)	5 (17,9)	29 (56,9)	14 (60,9)	15 (53,6)	15 (53,6)	27 (52,9)	4 (17,4)	4 (17,4)	4 (17,4)	4 (17,4)	4 (17,4)	4 (17,4)
Plutôt pas d'accord	29 (56,9)	14 (60,9)	8 (15,7)	8 (15,7)	8 (15,7)	3 (13,0)	5 (17,9)	5 (17,9)	8 (15,7)	14 (60,9)	14 (60,9)	14 (60,9)	14 (60,9)	14 (60,9)	14 (60,9)
Plutôt d'accord	8 (15,7)	3 (13,0)	5 (21,7)	5 (21,7)	5 (15,7)	12 (52,2)	11 (39,3)	11 (39,3)	12 (23,5)	4 (17,4)	4 (17,4)	4 (17,4)	4 (17,4)	4 (17,4)	4 (17,4)
D'accord	5 (15,7)	12 (52,2)	5 (21,7)	5 (21,7)	5 (15,7)	5 (21,7)	5 (21,7)	5 (21,7)	19 (37,3)	8 (34,8)	8 (34,8)	8 (34,8)	8 (34,8)	8 (34,8)	8 (34,8)
Dysthyroïdie, n (%)															
Pas du tout d'accord	1 (2,0)	1 (4,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (37,3)	5 (21,7)	5 (9,8)	5 (9,8)	1 (2,0)	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)
Plutôt pas d'accord	8 (15,7)	5 (21,7)	12 (52,2)	12 (52,2)	23 (45,1)	5 (21,7)	11 (39,3)	11 (39,3)	3 (10,7)	3 (13,0)	3 (13,0)	3 (13,0)	3 (13,0)	3 (13,0)	3 (13,0)
Plutôt d'accord	23 (45,1)	12 (52,2)	5 (21,7)	5 (21,7)	19 (37,3)	5 (21,7)	5 (21,7)	5 (21,7)	19 (37,3)	8 (34,8)	8 (34,8)	8 (34,8)	8 (34,8)	8 (34,8)	8 (34,8)
D'accord	19 (37,3)	5 (21,7)	5 (21,7)	5 (21,7)											

Annexe 5 : Bilan 2022 du service hyperphagie du CH d'Hénin-Beaumont

FILE ACTIVE

- SUIVI AMBULATOIRE :
 - 72 patients vus en consultation
 - Suivis psychologiques individuels
 - Suivis terminés : 10 patients
 - Suivis en cours : 12 patients
- HDJ : 8 cycles – 45 patients
 - 21 patients ayant remplis la dernière version des évaluations



AUTEUR : Nom : NITKOWSKI **Prénom :** Boris

Date de Soutenance : 23/11/2023

Titre de la Thèse : Recherche du diagnostic d'hyperphagie boulimique en médecine générale sur le territoire de l'Artois. Recours éventuels.

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine Générale

DES : Médecine Générale

Résumé :

Contexte : L'hyperphagie boulimique (HB) est une pathologie récemment décrite (2012) et considérée comme une entité à part entière. Dans une région où les taux d'obésité sont les plus élevés de France, se posait la question de la recherche de l'HB par les médecins généralistes (MG) du territoire. En effet, la prévalence de l'HB chez les patients en situation d'obésité peut atteindre 30 à 50%. Quels sont les recours des MG dans le bassin minier ?

Matériel et Méthodes : Un questionnaire a été réalisé et envoyé par mail aux MG du territoire en s'aidant de trois Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Résultats : Sur 155 MG contactés, un tiers ont répondu (n=51). Parmi eux, 29,4% recherchent l'HB chez les patients en surpoids, 19,6% chez les patients en situation d'obésité et 47,1% uniquement si le patient aborde le sujet. Les MG du territoire mettent pour 88,2% d'entre eux en place des thérapeutiques médicamenteuse, 82,4% adressent en addictologie, 82,4% adressent en chirurgie bariatrique et 68,9% sont démunis face à l'HB.

Conclusion : L'HB est une pathologie fortement présente sur le territoire mais trop méconnue. Une meilleure information des MG sur les caractéristiques de la pathologie et ses recours existants permettrait une meilleure orientation et prise en charge des patients.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

Assesseurs : Madame le Professeur Anita Tilly

Monsieur le Docteur Emmanuel Brunelle

Directeur : Madame le Docteur Cécile Guénard