

**THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 04/10/2022
Par Mme CATELIN Cécile**

**« RELATION AU CORPS ET TROUBLES DU COMPORTEMENT
ALIMENTAIRE CHEZ LES ÉTUDIANTS EN SANTÉ »**

Membres du jury :

Président : Madame le Docteur GARAT, Anne
Maître de Conférences des Universités – Faculté de Pharmacie, Lille
Praticien Hospitalier – CHRU, Lille

Assesseur : Madame PINÇON, Claire
Maître de Conférences des Universités – Faculté de Pharmacie, Lille

Membre extérieur : Madame le Docteur TARET, Emma
Pharmacien, filière industrie

Faculté de Pharmacie de Lille
3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille
03 20 96 40 40
<https://pharmacie.univ-lille.fr>

Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-présidente Réseaux internationaux et européens
Vice-président Ressources humaines
Directrice Générale des Services

Régis BORDET
Etienne PEYRAT
Christel BEAUCOURT
Olivier COLOT
Kathleen O'CONNOR
Jérôme FONCEL
Marie-Dominique SAVINA

UFR3S

Doyen
Premier Vice-Doyen
Vice-Doyen Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoires-Partenariats
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen International et Communication
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Guillaume PENEL
Éric BOULANGER
Damien CUNY
Sébastien D'HARANCY
Hervé HUBERT
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Claire PINÇON
Vincent SOBANSKI
Dorian QUINZAIN

Faculté de Pharmacie

Doyen
Premier Assesseur et Assesseur en charge des études
Assesseur aux Ressources et Personnels
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté
Responsable des Services
Représentant étudiant

Delphine ALLORGE
Benjamin BERTIN
Stéphanie DELBAERE
Anne GARAT
Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CHAVATTE	Philippe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques	87
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bioinorganique	85
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques	87
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie	86

M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BLONDIAUX	Nicolas	Bactériologie - Virologie	82
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique	85
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie	87
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
Mme	BARTHELEMY	Christine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	85
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie - Virologie	87
M.	BELARBI	Karim-Ali	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86

M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie	87
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85

Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86

M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques	85

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	GEORGE	Fanny	Bactériologie - Virologie / Immunologie	87
Mme	N'GUESSAN	Cécilia	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	RUEZ	Richard	Hématologie	87
M.	SAIED	Tarak	Biophysique - RMN	85
M.	SIEROCKI	Pierre	Chimie bioinorganique	85

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière

Faculté de Pharmacie de Lille

3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille
03 20 96 40 40
<https://pharmacie.univ-lille.fr>

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux
opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont
propres à leurs auteurs.**

Remerciements

À mon jury et professeurs

À Madame Garat, qui m'a fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Merci à vous de juger mon travail et d'y poser un regard professionnel et objectif. Assister à vos cours durant mon cursus universitaire a toujours été très enrichissant et je garde notamment en mémoire ceux portant sur les dégâts provoqués par le tabac.

À Madame Pinçon qui a accepté de m'encadrer et m'épauler pour cette thèse. Claire, vous avez immédiatement témoigné de l'intérêt pour ce sujet que je souhaitais aborder et je voulais vous en remercier. Ces deux années et demie de rédaction ont été chargées en émotions mais vous avez toujours su m'apaiser et me conseiller lorsque le stress commençait à monter. Merci à vous pour vos messages réconfortants, vos mots rassurants et votre enjouement constant.

À Emma, amie qui, pour mon plus grand bonheur, a accepté d'être jury de cette soutenance. Emma, le lien qui nous unit est bien plus fort que celui d'une amitié universitaire et il existera toujours, quoi qu'il advienne. Merci à la vie qui, en dépit des conditions particulières de notre rencontre, a fait que nos chemins se sont croisés et qu'ils se poursuivent dans la même direction. À tes côtés, pour toujours.

À Madame Hamoudi, professeure et responsable de filière industrie à l'extrême gentillesse. Mounira, merci d'avoir été une oreille attentive au cours de mon parcours universitaire, toujours prête à m'écouter et m'aiguiller lors de mes prises de décision professionnelles. Puisse chaque professeur.e disposer de votre bienveillance.

À mes parents et ma sœur, Justine

Sans eux, je ne serai pas la personne que je suis aujourd'hui. Ils sont mon pilier, mon socle, et les meilleures fondations pour m'aider à m'élever. Leur soutien est inébranlable et la "boule d'amour" que nous formons incassable.

Dad, chacun de nous a été marqué et soumis à l'épreuve par un 15 décembre mais c'est en étant ensemble et soudés que nous les avons tous deux surmontés. Alors merci à toi d'être ce papa présent et aimant et ce tchiot pépère toujours prêt à m'aider dans mes galères.

Mam's, depuis toujours, tu m'accompagnes avec confiance et me conseilles avec patience. À tes côtés, je me sens protégée et ai le sentiment que rien ne peut m'arriver. Merci de m'aider quotidiennement à m'améliorer, et d'être cette maman chérie, dévouée et passionnée. Sache que notre si belle relation fusionnelle restera éternelle.

Jukit, merci d'être la grande sœur que tu es. Les années nous ont permis de nous rapprocher, pour ma plus grande joie, et de faire grandir notre complicité, qui n'est pas près de s'arrêter. Garde ton sourire, ta bonne humeur, et ton incroyable générosité car ils te définissent et font de toi cette femme formidable que tu es et que j'aime.

À ma famille

À Claire, ma cousine.

Je me souviens encore du jour où tu m'as apporté, toute souriante, cet énorme cabas qui contenait tes cours de PACES. Difficile d'imaginer que, quelques mois après, c'est dans ma tête que toutes ces infos étaient stockées. En tout cas, merci pour tes encouragements et tes astuces durant cette année universitaire riche en révisions.

À Wuja Jacques, mon oncle maternel préféré (avec qui je ne pourrai pas me pacser). Merci Wuja pour ce week-end de vacances à tes côtés, durant lequel tu as pris ce cliché qui a tout changé... le déclic qu'il a engendré m'a tant aidé et me permet, encore aujourd'hui, de progresser et de constater tout le chemin traversé.

À tous les membres de ma famille qui, en dépit des tumultes de la vie, continuent de constituer ce formidable cercle familial. Peu importe la taille de ce dernier, l'essentiel est qu'il soit bien soudé alors merci pour votre présence et vos encouragements.

À Marie-Cécile, pour l'aide qu'elle m'a apportée durant une période de vie compliquée. Pour toujours, je lui serai reconnaissante de son admirable dévouement.

À mes ami.e.s de longue date

À Élise et Perrine, mes Bichettes, pour leur inconditionnelle présence.

Nos lundis trop longs et nos nombreuses bûches n'auront pas eu raison de nos jeunes et larges épaules. Les filles, merci d'être les incroyables femmes (golden ladies) que vous êtes et de me permettre d'être celle que je suis sans crainte d'être jugée.

À Juliette, mon amie de toujours dont l'amitié est une évidence depuis l'enfance.

À mes ami.e.s du collège et lycée : Cam et Camille, Sarah, Valeria, Victoria et tous les autres qui, malgré la distance et des chemins de vie parfois différents, restent présent.e.s et occupent une place toute particulière dans mon cœur.

À mes ami.e.s universitaire

À Kenza, ma poulette au cœur aussi large que sa bienveillance et son talent.

Si le coup de foudre en amitié existe, il semblerait donc que la foudre m'ait frappée le jour où je t'ai rencontrée. Tu es une femme et une amie extra, "alors surtout ne change pas".

À Clara, Eloïse et Sirine, mes Wuhan girls.

Incontestablement, ce stage dans l'Empire du milieu n'aurait pas eu la même saveur sans vous et ce ne sont que de mémorables et incroyables souvenirs que je retiens à vos côtés. Sans aucun doute, le quatuor "Clarita, Siwine, Tic et Tac" n'est pas près de se dessouder, après toutes ces péripéties affrontées !

À mes copains de promo, en particulier *Hombeline et Hugo* avec qui, dans le fond de l'amphi, une amitié s'est créée dès la deuxième année. À *Marine*, rencontrée durant la filière industrie et qui est devenue une véritable amie.

À Laura et Margaux, mes deux best partner de Master 2.

Notre amitié, bien qu'elle ait démarrée sur un cas contact COVID, fut la meilleure chose que notre formation parisienne m'ait apportée. Merci à toutes les deux d'avoir autant pimpé notre dernière année à l'université, notamment avec nos super soirées confinées !

À mes rencontres professionnelles

À Madame Colmant, pharmacien qui m'a fait découvrir l'univers officinal.

En m'ouvrant les portes de votre officine, vous m'avez permis d'y effectuer ma toute première expérience pharmaceutique. Merci de m'avoir accueillie, avec professionnalisme et douceur, pour ce stage de découverte en troisième, il y a 10 ans déjà.

Aux docteurs rencontrés à Wuhan, au Renmin Hospital, qui nous ont fait découvrir l'étonnant système hospitalier chinois. Une pensée toute particulière pour *ZhangMingMing* qui, par ses séances d'acupuncture et sa délicatesse, a pu diminuer certains de mes maux.

À mes collègues de la pharmacie du Cantin et ceux de chez Hermès Parfums, qui m'ont accordé leur confiance et m'ont permis d'évoluer au fil des années. Bien que très différentes, ces 2 expériences furent très enrichissantes et source d'amélioration constante. Une pensée toute particulière pour Louise, Mathilde et Isabelle, qui furent collègues et devinrent amies.

À tous ceux que je n'ai pas cités

Parce qu'une vie est remplie de rencontres et que chacune d'elle apporte une pierre à l'édifice, je remercie mes proches qui, de près ou de loin, ont impacté ma vie et m'ont permis d'avancer, de progresser et d'évoluer. Merci pour tout !

À ma Kochana Babcia

Et enfin, et surtout, **à ma Babcia bien aimée**. Quelques mots seraient bien insuffisants pour décrire la femme au cœur tendre et à l'extrême gentillesse qu'elle était, et qui ne cessera jamais de me manquer. Bien plus qu'une incroyable grand-mère, elle était et reste encore un véritable modèle et une source d'inspiration quotidienne.

Cette thèse lui est dédiée, avec tout mon amour et mon admiration.

Liste des abréviations

ADN	Acide DésoxyriboNucléique
AM	Anorexie Mentale
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
BED	Binge Eating Disorder (<i>Hyperphagie boulimique</i>)
BES	Body Esteem Scale (<i>Échelle d'estime corporelle</i>)
BN	Boulimie Nerveuse
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
DPO	Délégué à la Protection des Données
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th version (<i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – 5^{ème} version</i>)
EDI	Eating Disorder Inventory (<i>Inventaire des troubles de l'alimentation</i>)
FBS	Female Body Scale (<i>Échelle corporelle féminine</i>)
FFITBS	Female Fit Body Scale
FRS	Figure Rating Scales (<i>Échelle d'évaluation des chiffres ou Échelle de Stunkard</i>)
HAS	Haute Autorité de Santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
ISRS	Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine
NPMP	Norwegian Psychomotor Physiotherapy (<i>Physiothérapie psychomotrice norvégienne</i>)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OVE	Observatoire national de la Vie Étudiante
PACES	Première Année Commune aux Études de Santé
SCOFF	Sick, Control, One stone, Fat, Food
SCOFF-F	Version française du SCOFF
SMMS	Soins à Médiation Multi-Sensorielle
TCA	Troubles du Comportement Alimentaire
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale

Table des annexes

Annexe 1: Matrice factorielle de la solution à trois facteurs du Body Esteem Scale	59
Annexe 2: Prise en charge de l'anorexie mentale (10)	60
Annexe 3: Prise en charge de la boulimie nerveuse (10)	61
Annexe 4: Déclaration de conformité	62
Annexe 5: Questionnaire de l'étude	76
Annexe 6: Classification de l'IMC chez l'enfant et l'adolescent	77
Annexe 7: Prévalence estimée des TCA selon le profil du répondant.....	78
Annexe 8: Évaluation de l'impact négatif du premier confinement sur les sujets souffrant durant ce dernier de TCA diagnostiqués par un professionnel de santé	78
Annexe 9: Estimation du stress selon le profil du répondant	78
Annexe 10: Prévalence des TCA estimée en fonction de la réalisation, ou non, d'une PACES ..	78
Annexe 11: Prévalence des TCA estimée en fonction d'une inscription, ou non, dans une filière santé	78
Annexe 12: Estimation de la qualité du sommeil selon le profil du répondant	79
Annexe 13: SCOFF ≥ 2 en fonction de la réalisation, ou non, d'une PACES	79
Annexe 14: SCOFF ≥ 2 en fonction de l'inscription des étudiants, ou non, dans une filière santé	79
Annexe 15: Prévalence de TCA et SCOFF ≥ 2 en fonction du profil du répondant	79
Annexe 16: Mise en parallèle de la prévalence estimée de TCA et d'un SCOFF ≥ 2	80
Annexe 17: Volonté de silhouette idéale selon la silhouette actuelle estimée	80
Annexe 18: Confrontation silhouette actuelle et silhouette idéale	80

Table des figures

Figure 1: Figurines de Stunkard (19)	22
Figure 2: Body Dissatisfaction Scale.....	23
Figure 3: Female Body Scale (FBS) (21).....	23
Figure 4: Female Fit Body Scale (FFITBS) (21)	24
Figure 5: Interactions entre les différents facteurs impliqués dans le développement des TCA (5)	27
Figure 6: Statut nutritionnel exprimé en fonction de l'IMC	41
Figure 7: Grades de la dénutrition exprimés en fonction de l'IMC.....	41
Figure 8: Prévalence des TCA en fonction du profil des sujets répondants.....	48

Table des tableaux

Tableau I: Évolution de l'EDI et différences selon ses révisions	38
Tableau II: Notation de l'EDI-2 selon le caractère direct, ou non, de l'item.....	38
Tableau III: IMC de chaque silhouette selon le genre (féminin ou masculin) du Body Dissatisfaction Scale.....	39
Tableau IV: Caractéristiques des 5 profils des sujets interrogés.....	42
Tableau V: Répartition des répondants selon leur profil.....	43
Tableau VI: Profil sociodémographique des répondants selon leurs études en cours.....	43
Tableau VII: Estimation de la qualité de vie des répondants selon leurs études en cours	45
Tableau VIII: Estimation de la répartition des TCA chez les répondants en fonction de leurs études en cours	46
Tableau IX: Estimation de la relation au corps des répondants en fonction de leurs études en cours ..	49
Tableau X: estimation de l'effet du parcours universitaire sur les variables réponses de relation au corps, après ajustement sur les variables sociodémographiques et les variables de qualité de vie pendant les études	50
Tableau XI: Confrontation de la silhouette actuelle évaluée par le sujet face à sa silhouette idéale désirée.....	51

Table des matières

Remerciements	10
Liste des abréviations	12
Table des annexes	13
Table des figures	13
Table des tableaux	13
Table des matières	14
Introduction	16
Résumé	17
1. Les Troubles du Comportement Alimentaire	18
1.1. Les différents types de TCA	18
1.1.1. Anorexie mentale	18
1.1.2. Boulimie nerveuse.....	19
1.1.3. Hyperphagie boulimique	19
1.2. Dépistage de la maladie	20
1.2.1. Importance du diagnostic précoce.....	20
1.2.2. Questionnaire SCOFF-F (14).....	20
1.2.3. Critères DSM-5.....	20
1.2.4. Tests évaluant la représentation corporelle.....	22
2. Aspect sociétal des TCA, focus sur les étudiants	25
2.1. Épidémiologie des TCA, repérage des patients à risque ou atteints de TCA 25	
2.1.1. Prévalence des TCA	25
2.1.2. Facteurs de risque environnementaux de développement d'un TCA.....	25
2.1.3. Déclenchement d'un TCA.....	27
2.2. Santé mentale des étudiants	28
2.2.1. Stress et population estudiantine.....	28
2.2.2. Retentissement sur l'alimentation.....	28
3. Thérapeutiques et prises en charge des TCA	29
3.1. Principaux traitements actuellement mis en œuvre	29
3.1.1. Généralités sur la prise en charge des TCA.....	29
3.1.2. Approche nutritionnelle	30
3.1.3. Les traitements médicamenteux.....	31
3.1.4. Groupe de paroles et thérapie familiale.....	32
3.1.5. La thérapie cognitivo-comportementale	32
3.2. Thérapies orientées sur l'image corporelle	33
3.2.1. Image corporelle et TCA	34
3.2.2. Intérêts de cette approche	34
3.2.3. Les différentes thérapeutiques.....	34
4. Matériel et méthode	36
4.1. Objectifs	36
4.2. Questionnaire	36
4.2.1. Questions de présentation du participant.....	37
4.2.2. Questions à propos des études du participant	37
4.2.3. Questions d'évaluation du stress.....	37
4.2.4. Questions sur la relation au corps	37

4.2.5. Questions relatives aux TCA	39
4.3. Sujets.....	40
4.3.1. <i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	40
4.3.2. <i>Recrutement des sujets</i>	40
4.4. Variables réponses	41
4.4.1. Indice de Masse Corporelle (IMC).....	41
4.4.2. Les autres variables réponses.....	41
4.5. Méthode statistique	42
4.5.1. <i>Nombre de sujets à inclure</i>	42
4.5.2. Profils des sujets interrogés.....	42
4.5.3. Analyse statistique	42
5. Résultats	43
5.1. Répartition des profils.....	43
5.2. Statistiques descriptives selon les études en cours.....	43
5.2.1. Profil sociodémographique selon les études en cours.....	43
5.2.2. Qualité de vie selon les études en cours.....	44
5.3. Résultats relatifs aux TCA	46
5.3.1. Diagnostic ou suspicion de TCA selon les études en cours	46
5.3.2. Flowchart de répartition.....	48
5.4. Résultats relatifs à la relation au corps.....	49
5.4.1. Relation au corps selon les études en cours.....	49
5.4.2. Relation au corps en fonction du profil du répondant.....	50
5.4.3. Relation au corps et IMC.....	51
6. Discussion	52
6.1. Les étudiants en santé et les TCA	52
6.1.1. TCA diagnostiqués par un médecin ou étudiant pensant en souffrir	52
6.1.2. $SCOFF \geq 2$	53
6.1.3. Mise en perspective de la prévalence estimée des TCA et d'un $SCOFF \geq 2$	54
6.1.4. Étudiants en santé : une population plus exposée aux TCA ?	54
6.2. Les étudiants en santé et leur relation au corps.....	55
6.2.1. Relation au corps et silhouette.....	55
6.2.2. Relation au corps et insatisfaction corporelle	56
6.3. Limites de l'étude.....	57
6.3.1. Biais de sélection	57
6.3.2. Intérêt des répondants pour le sujet	57
6.3.3. Nombre de réponses incomplètes	57
6.3.4. Refus de répondre.....	57
6.3.5. Validité des informations fournies.....	57
6.3.6. Détection des TCA	58
Conclusion.....	58
Annexes.....	59
Bibliographie	81

Introduction

L'alimentation occupe une place centrale dans la vie des Hommes. En effet, au-delà du rôle indispensable qu'elle constitue pour l'organisme, la nourriture est aussi un puissant moyen d'expression culturelle et de partage. Néanmoins, le rôle social qu'elle joue dans les différentes sociétés, constant au fil du temps, pourrait presque en faire occulter les diktats corporels qui, simultanément, sont imposés dans ces mêmes communautés (1).

En effet, quelle que soit l'époque, des canons esthétiques ont toujours existé. De manière plus ou moins implicite, ces derniers ont encouragé les populations à se plier à de contraignantes règles alimentaires, afin d'accéder à ces idéaux de beauté évoluant en fonction des modes. Du *kalos kagathos* (« beau et bon ») prôné durant l'Antiquité grecque, aux rondeurs, symboles de force et de fécondité au Moyen-âge, en passant par la taille fine couplée à une cambrure marquée, imposée pour les femmes à l'époque moderne au XVI^{ème} siècle, chaque période de l'Histoire a été marquée par son « idéal corporel » (1)(2). Ces diktats sociétaux, non dénués de répercussions mentales et de risques pour la santé n'ont, par ailleurs, pas été neutres dans l'émergence de maladies en lien avec l'alimentation qui, pour certaines, sont qualifiées aujourd'hui de Troubles du Comportement Alimentaire (TCA).

Pourtant, en opposition à ces modèles, et ce depuis le début du XXI^{ème} siècle, émerge le courant « Body Positive ». Tirant son origine de l'association « The Body Positive », créée en 1996 par deux Américaines, suite au décès de la sœur de l'une d'elles qui souffrait de TCA, ce mouvement a pour objectif d'être bienveillant et inclusif à l'égard des corps (3). En effet, ce courant vise à aider les individus, et en particulier les femmes, à s'accepter et s'aimer telles qu'elles sont, quels que soient leurs tailles, leurs poids, leurs corpulences, ou encore leurs cicatrices, Très en vogue, notamment sur les réseaux sociaux, le *Body positive movement* souhaite mettre en lumière les corps qualifiés d'hors-normes et de favoriser leur acceptation.

Cependant, malgré cette mouvance, une augmentation du nombre de patients souffrant de TCA continue d'être observée ces dernières décennies (4). En parallèle, les différentes études menées montrent que ces pathologies touchent davantage les individus jeunes et de genre féminin (5). Ce profil est retrouvé chez les étudiants, notamment au sein de la filière santé, à l'image de la Première Année Commune aux Études de Santé (PACES).

Effectivement, la PACES constituait, de 2010 à 2020, la voie de passage conventionnelle d'accès aux filières d'études de santé suivantes : dentaire, kinésithérapie, maïeutique, médecine, et pharmacie. Réputée pour être particulièrement intense, aussi bien d'un point de vue charge de travail que charge émotionnelle, cette année charnière est également reconnue pour générer beaucoup de stress.

Par ailleurs, le lien entre le stress perçu et les TCA ayant été établi (6)(7), il fut décidé d'estimer l'impact de la PACES sur les TCA et, plus largement, sur la relation au corps. Afin de répondre à cette problématique et de comprendre au mieux ce phénomène chez les étudiants, une enquête a été réalisée auprès d'eux via un questionnaire en ligne. L'attente était d'observer une augmentation de la présence de TCA chez les étudiants ayant effectué une PACES.

Afin d'exposer le travail réalisé, les TCA seront, dans une première partie, présentés de manière générale. Ensuite, l'aspect sociétal de ces derniers, en particulier chez les étudiants, sera abordé, avant d'exposer, dans un second temps, la prise en charge et les thérapeutiques de ces pathologies. Enfin, l'enquête réalisée sera présentée, ses résultats exposés puis discutés.

Résumé

Introduction : Connus depuis l'Antiquité, les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) connaissent une expansion importante depuis plusieurs décennies. En parallèle de ces troubles de plus en plus répandus, une modification de la relation au corps est constatée chez de nombreux individus, influencée notamment par les diktats de beauté qui, bien que propre à chaque civilisation, sont idéalisés dans chacune d'elle. Au-delà de la charge mentale qu'ils engendrent, ces canons de beauté peuvent également être générateurs de stress. Et, un lien a justement été établi entre le stress et la survenue de TCA.

Objectif : L'objectif de cette étude est d'estimer la prévalence des TCA ainsi que la relation au corps des étudiants en Première Année Commune aux Études de Santé (PACES). L'hypothèse de travail est de constater une majoration des TCA et une relation au corps dégradée chez les étudiants en PACES, en comparaison aux autres profils élaborés.

Méthode : Un échantillon de 926 étudiants post-bac, majoritairement de genre féminin, a participé à l'étude. Ces derniers ont répondu à un questionnaire mis à disposition en ligne qui abordait les thématiques suivantes : cursus universitaire, évaluation du stress, relation au corps et TCA.

Résultats : Malgré une différence importante des prévalences obtenues par l'estimation de TCA, directement par le sujet (23,2%), et un score SCOFF ≥ 2 (51%), il a été constaté que la proportion d'étudiants touchés par des TCA était bien plus importante que celle relevée jusqu'alors dans la littérature. Également, l'inventaire EDI-2 couplé à l'utilisation d'échelles de silhouettes a permis de relever une insatisfaction corporelle relativement élevée, le plus souvent associée à une volonté de tendre vers une corpulence plus mince. Par ailleurs, un.e étudiant.e en filière 'Hors santé' est significativement plus touché par ces deux phénomènes de recherche de la minceur et d'insatisfaction corporelle, en comparaison à un.e étudiant.e en PACES.

Conclusion : En dépit du postulat initial, il apparaît que les étudiants en PACES ne souffrent pas davantage de TCA et n'ont pas une relation au corps plus dégradée que chez les autres étudiants. En revanche, il a été mis en évidence que ce sont les étudiants réalisant un cursus Hors santé qui sont les plus impactés par ces deux problématiques.

1. Les Troubles du Comportement Alimentaire

1.1. Les différents types de TCA

Les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) sont des désordres ayant une origine psychique (8). Dans le Larousse, le psychique est défini comme un adjectif concernant la vie mentale, dans ses aspects conscients et/ou inconscients (9).

Ces troubles sont répertoriés dans la Classification Internationale des Maladies. Cette classification médicale proposée, recommandée et validée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est la classification médicale permettant le codage en morbi-mortalité des différentes pathologies.

Actuellement, trois types de TCA sont officiellement reconnus : l'anorexie mentale (AM), la boulimie nerveuse (BN), et l'hyperphagie boulimique. Par ailleurs, il existe une part non négligeable de formes cliniques sub-syndromiques de ces troubles (10), c'est-à-dire caractérisées ou représentées par des symptômes qui ne sont pas suffisamment graves ou importants pour être diagnostiqués comme un syndrome cliniquement connu (11).

De manière globale, les TCA se caractérisent par un rapport anormal à la nourriture, devenu pathologique. Ce rapport peut être modifié au regard des représentations que le patient se fait de l'alimentation ou, dans les faits, par une surconsommation alimentaire et/ou une sous-alimentation (4).

1.1.1. Anorexie mentale

Présentation

Sémantiquement, l'AM correspond à un refus de s'alimenter lié à un état mental particulier. Il ne s'agit pas d'une affection récente puisqu'on retrouve des écrits remontant à l'Antiquité qui décrivent avec précision son tableau clinique. Pourtant, cette maladie est parfaitement individualisée, tout comme ses risques évolutifs (8).

L'AM peut être de type restrictif et/ou associée à des conduites boulimiques. En effet, il est possible qu'un même patient présente une alternance de ces deux formes de TCA (10).

Épidémiologie

Selon différentes études, la prévalence globale de l'AM varie de 0,9 à 2,2% dans la population générale (10) avec une prédominance féminine. Effectivement, comme le montre une étude menée en 2007, l'AM toucherait 1% des femmes et 0,3% des hommes (4).

L'apparition de ces troubles survient, le plus souvent, au cours de l'adolescence. En effet, bien que des formes pré-pubertaires semblent être en augmentation depuis plusieurs années, deux pics de survenue se distinguent (8). Le premier se situe au début de l'adolescence, vers 12-14 ans et le second, plus tardif, est présent aux alentours de 18-20 ans.

Le sex-ratio de cette pathologie est de 1 homme pour 8 femmes (12). Par ailleurs, ces chiffres sont confirmés chez les adolescents puisque des études réalisées mettent en avant une prévalence de 6 à 10 filles atteintes par cette pathologie pour 1 garçon (8). Cette répartition démontre, ainsi, la plus forte proportion féminine dans cette pathologie, aussi bien chez l'adulte que chez l'adolescent.

D'autre part, bien que l'AM chez l'adolescent masculin soit plus rare (5 à 10%), son pronostic semblerait plus sévère (8).

1.1.2. Boulimie nerveuse

Présentation

La BN se caractérise par des « *pulsions irrésistibles et impérieuses à manger avec excès à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, réalisant des accès répétés de fringale* » (8).

Cette absorption excessive et incontrôlée de nourriture est réalisée dans un temps très court et est souvent suivie de stratégies de contrôle du poids (10), fréquemment des vomissements provoqués afin d'apaiser la crainte de grossir, ou par une période de sommeil (8). Conscient du caractère anormal de son comportement, le patient peut également avoir recours à des médicaments tels que des laxatifs, des diurétiques ou encore des coupe-faim (8).

Il est à prendre en compte que ces patients ont le plus souvent un poids normal, ce qui rend d'autant plus difficile le repérage de cette pathologie (10).

Épidémiologie

Selon les études, la prévalence globale de la BN varie de 1 à 4,4% (10). Néanmoins, une étude menée en 2007 indique qu'elle concernerait 1,5% des femmes et 0,5% des hommes (4) ce qui correspond, dans la population générale, à un sex-ratio de 1 homme pour 3 femmes (12), soit une prédominance féminine 2 à 3 fois moins élevée que dans le cas de l'AM. D'autre part, cette tendance est observée de manière moins franche chez l'adolescent avec un ratio de 5 à 7 filles touchées par cette pathologie pour 1 garçon (8).

Contrairement à l'AM, la survenue de cette maladie s'observe plus tardivement, vers 18-20 ans (8). Néanmoins, cette survenue tardive n'amoindrit pas les risques de cette pathologie. En effet, les patients souffrant de BN présentent un risque de décès qui est 2 à 7 fois supérieur à celui de la population générale du même âge (10).

1.1.3. Hyperphagie boulimique

Plus souvent connue sous le terme de « *Binge Eating Disorder* » (BED), l'hyperphagie boulimique se distingue de la BN par le fait que les crises de boulimie, qui sont moins fréquentes, ne sont pas suivies de stratégies de perte de poids. Ainsi, le patient présente souvent un surpoids, voire une obésité (10).

Ce TCA n'est reconnu qu'officiellement depuis la 5ème version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*), parue en 2013. Pourtant, ce trouble est le plus fréquent des TCA, avec une prévalence de 3 à 5% en population générale. Contrairement à l'AM et à la BN, cette pathologie touche autant les femmes que les hommes et est le plus fréquemment diagnostiquée à l'âge adulte. Ce dépistage tardif s'explique par une survenue ultérieure des troubles couplée à une durée plus importante de la persistance de ces derniers (13).

Par ailleurs, il est important de noter qu'il est possible, et même souvent fréquent, que les TCA se manifestent par la présence simultanée de plusieurs formes chez un même patient. Cela rend donc davantage complexe le dépistage de cette pathologie. C'est, d'ailleurs, l'une des raisons pour laquelle réévaluer régulièrement les symptômes des patients est important (13), et également nécessaire, pour une prise en charge adaptée.

1.2. Dépistage de la maladie

1.2.1. Importance du diagnostic précoce

Actuellement, le diagnostic précoce est la meilleure façon de pouvoir offrir aux patients la possibilité d'une rémission, grâce à une prise en charge réalisée aux prémices de la maladie. Dans le cas contraire, c'est souvent un long traitement et parcours de soin qui attendent les patients souffrant de TCA (8).

1.2.2. Questionnaire SCOFF-F (14)

Créé en 1999 en Angleterre, par J. Morgan et al., le Sick, Control, One stone, Fat Food (SCOFF) est une échelle de 5 questions dont l'objectif est de repérer rapidement, simplement et de manière fiable, les sujets à risque ou atteints de TCA. Testé et validé à la suite de sa création, ce questionnaire a été traduit dans plusieurs langues. En voici la version française, intitulée SCOFF-F, validée en 2007 :

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

Deux réponses positives à ce questionnaire sont fortement prédictives de la présence d'un TCA chez le patient répondant.

1.2.3. Critères DSM-5

L'American Psychiatric Association (APA, Association américaine de psychiatrie) est une société savante et professionnelle de psychiatres américains. Cette association est responsable de différents ouvrages et publications, notamment celle du DSM. Dans cet ouvrage sont, entre autres, codifiés les critères prédictifs de la présence de TCA chez un patient. Dans la cinquième et dernière version de ce DSM, datant de 2013, le changement majeur relatif aux TCA concerne le BED qui, comme évoqué précédemment dans la partie 1.1.3, est reconnu officiellement comme un TCA (15).

Critères DSM-5 de l'anorexie mentale (12)

Les critères DSM-5 prédictifs d'une AM sont les 3 suivants :

- *« Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas.*
- *Peur intense de prendre du poids et de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale.*
- *Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), faible estime de soi (influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle), ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle. »*

Deux types d'AM peuvent ensuite être définis :

- Le type restrictif : identifié par une perte de poids essentiellement obtenue, sur le dernier trimestre, par régime, jeûne et/ou de l'exercice physique excessif.
- Le type purgatif ou accès hyperphagique : caractérisé par la présence de crises d'hyperphagie récurrentes et/ou le recours à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs.

Par ailleurs, chez deux tiers des patientes menstruées, est constatée une aménorrhée (8). D'origine primaire ou secondaire, sa présence constitue un facteur de gravité. C'est pourquoi est évoquée la triade diagnostique, également connue sous le nom de « diagnostic des 3A » comportant les signes cliniques suivants : anorexie, amaigrissement et aménorrhée.

De plus, l'hyperactivité mise en place par le patient n'est pas uniquement physique mais également intellectuelle. Cela peut ainsi se traduire par un surinvestissement intellectuel et, par exemple, d'excellents résultats scolaires (8).

Aussi, certains traits de personnalité peuvent être associés à l'AM. Parmi eux, on peut citer une modification des relations sociales du patient, de son affectivité et de son humeur avec la survenue possible d'un caractère exigeant, perfectionniste, susceptible, irritable et cherchant à avoir le contrôle (10).

Critères DSM-5 de la boulimie nerveuse

D'autre part, les critères évoqués pour le diagnostic d'une BN sont les 5 listés ci-dessous (12) :

- « *Survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée, c'est-à-dire :*
 - o *absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne et en peu de temps (par exemple moins de 2 heures),*
 - o *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.*
- *Estime de soi 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. »*

Contrairement à l'AM, la survenue d'aménorrhée est exceptionnelle chez la patiente souffrant de BN. En effet, la patiente est le plus souvent normo-pondérée, même si une dysménorrhée secondaire ou des troubles des cycles menstruels sont possibles.

Critères DSM-5 des accès hyperphagiques ou hyperphagie boulimique (12)

Enfin, les cinq critères suivants, définis dans le DSM-5, sont mis en avant pour diagnostiquer les patients souffrant d'accès hyperphagiques ou d'hyperphagie boulimique :

- « *Survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée. C'est-à-dire :*
 - o *prises alimentaires largement supérieures à la moyenne, par exemple en moins de 2 heures ;*
 - o *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 :*
 - o *manger beaucoup plus rapidement que la normale ;*
 - o *manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale ;*
 - o *manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim ;*
 - o *manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe ;*
 - o *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. »*

1.2.4. Tests évaluant la représentation corporelle

Comme évoqué précédemment, l'existence d'une altération de la perception de soi est souvent présente chez un patient souffrant de TCA. Comme avancé par Slade dans sa publication de 1982, une perception faussée du corps est un facteur qui favorise la poursuite du jeûne ainsi que des comportements compensatoires que le patient a mis en place (16). Ainsi, la perception qu'a le patient de lui-même peut donc être responsable du maintien du trouble, mais également de rechutes ou de la chronicisation de ses actes.

Par ailleurs, dans une étude réalisée par Keizer en 2011, il a été démontré que les patients souffrant d'AM surestimaient la représentation tactile de leur corps, en corrélation positive avec le niveau d'insatisfaction corporelle qui avait été mesuré par des auto-questionnaires (17).

De ce fait, afin d'évaluer la perception de soi chez les patients souffrant de TCA, différentes échelles d'évaluation de la silhouette existent et peuvent être employées.

Figure Rating Scale, 1983

La Figure Rating Scale (FRS), traduite comme l'échelle d'évaluation de la silhouette, est une mesure psychométrique qui a été développée en 1983. Connue également sous le nom de Figurines de Stunkard, cette échelle possède deux séries de corps : l'une masculine, l'autre féminine. Chacune d'elle est composée de 9 silhouettes schématiques représentées de face, allant de la silhouette la moins corpulente à la silhouette la plus corpulente, avec une différence de corpulence clairement identifiable entre chaque figurine. Lors de l'utilisation de cette échelle, le patient indique la figurine qui, selon lui, lui correspond (corps perçu) puis celle qui correspond à celle qu'il voudrait être (corps idéal). Cette différence entre corps perçu et idéal permet, de ce fait, de mesurer la perception individuelle de l'apparence physique et de déterminer le niveau d'insatisfaction corporelle du sujet (18).

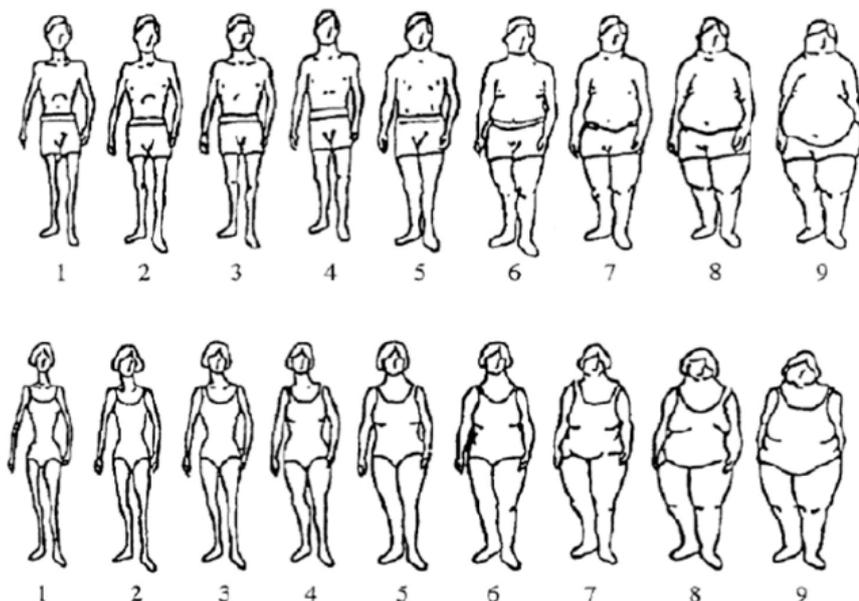


Figure 1: Figurines de Stunkard (19)

Body Dissatisfaction Scale, 2016

Mutale et al. ont publié en 2016 une double-échelle : l'une féminine, l'autre masculine composée de neuf individus chacune. Comme pour la FRS, les images sont classées, de gauche à droite, de la corpulence la plus fine à celle la plus développée. L'étude menée sur 190 étudiantes, dont deux tiers étaient des femmes, a montré une bonne validité de cette échelle. Cette dernière offre une version alliant réalisme et cohérence entre les différents schémas (20).

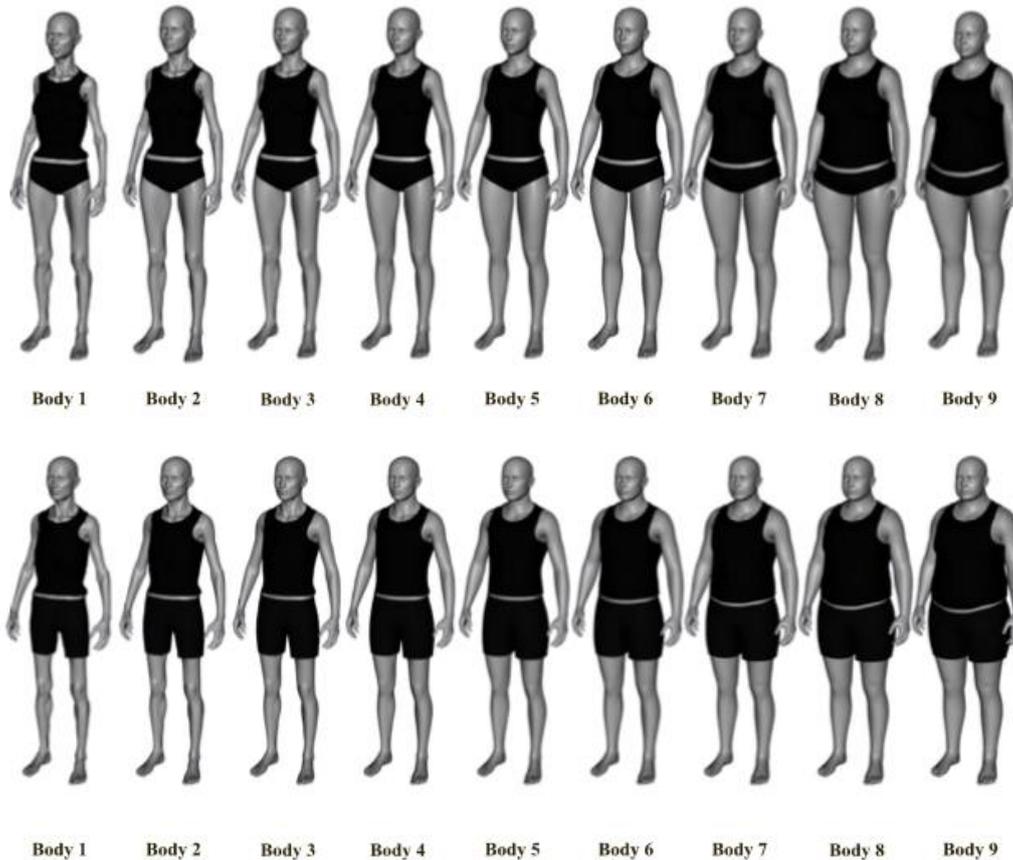


Figure 2: Body Dissatisfaction Scale

Female Body Scale et Female Fit Body Scale, 2020

Récemment, Ralph-Nearman et Filik ont mis au point des nouvelles échelles figuratives d'évaluation de l'insatisfaction corporelle féminine. Ces échelles, qui ont été validées, s'écartent des visions traditionnelles en prenant en compte deux dimensions : la dimension de l'adiposité, avec la Female Body Scale (FBS), mais également la dimension de la musculature, via la Female Fit Body Scale (FFITBS). Cette seconde dimension ne pouvait, jusqu'alors, pas être mesurée car les échelles précédemment développées ne la prenaient pas en considération (21).

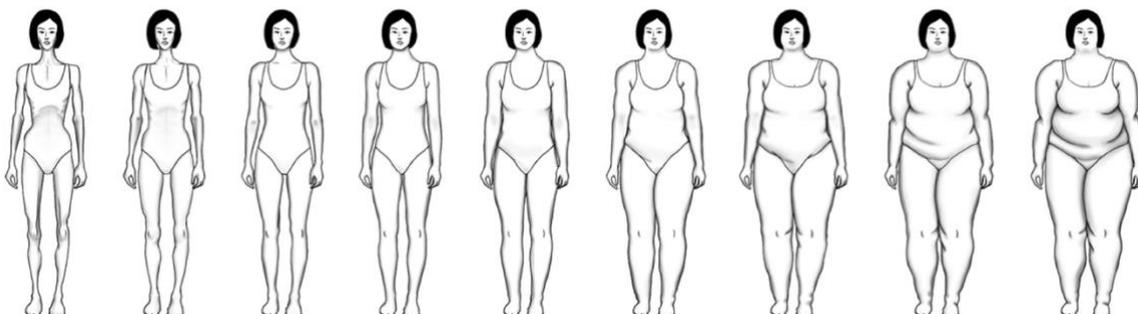


Figure 3: Female Body Scale (FBS) (21)

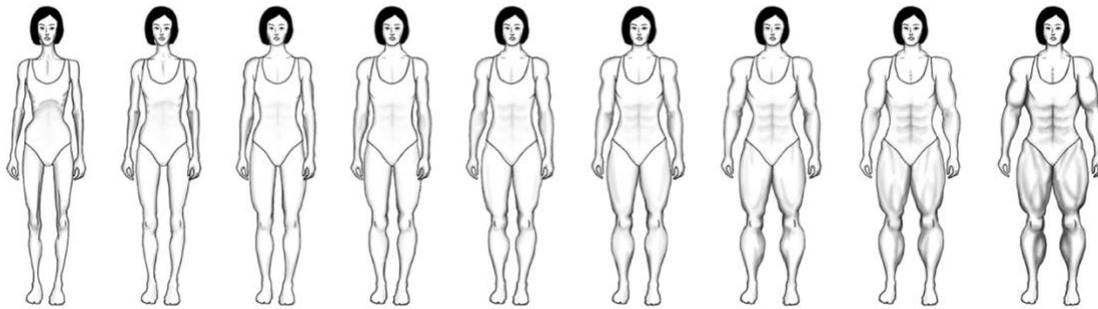


Figure 4: Female Fit Body Scale (FFITBS) (21)

Néanmoins, une analyse menée en 2021 a mis en avant que de nombreuses FRS avaient été développées, couplant des techniques traditionnelles et modernes. Cette analyse indiquait que développer et valider des FRS ethniques spécifiques, employant la technologie moderne, devait être une priorité pour les études à venir (22). Cela laisse donc présager l'émergence de nouvelles échelles de satisfaction corporelle dans les années à venir, avec une inclusivité plus importante des modèles représentés.

L'Échelle d'Estime Corporelle

Publié en 2001 par Mendelson et al., le Body Esteem Scale for Adolescents and Adults (BES, *Échelle d'estime corporelle*) est une échelle permettant d'évaluer la perception qu'a un individu vis-à-vis de son corps et de son apparence. Validée chez des sujets âgés de 12 à 25 ans, cette échelle partage ses items selon ces 3 sous-échelles : poids, apparence et attribution. Pour chacun de ces items, le répondant est invité à donner son degré d'approbation selon 5 niveaux, allant de « jamais » à « toujours » (23).

Une étude publiée en 2015 visait à valider une version française de cette échelle en population féminine, nommée Échelle d'Estime Corporelle. En effet, le nombre d'outils actuellement disponibles en France est assez restreint. Ainsi, cette échelle française composée de 22 items a permis de distinguer les trois facteurs suivants : « satisfaction par rapport au poids », « satisfaction par rapport à l'apparence générale » et « désir de changement et affectifs négatifs associés à l'apparence générale ». Ce BES a la particularité de ne pas focaliser l'insatisfaction corporelle sur la non-accessibilité à l'idéal de minceur mais peut la relier à une problématique de sous-poids ou d'apparence générale (24). Ce questionnaire est présent à l'Annexe 1.

Par ailleurs, d'autres tests ont été développés mais sont uniquement destinés aux adolescents ou pré-adolescents. C'est, par exemple, le cas du Self Perception Profile for Adolescents (SPPA) publié en 1988 par Harter qui, dans sa partie intitulée « Physical appearance », évalue la satisfaction qu'éprouve l'adolescent vis-à-vis de son apparence, s'il apprécie son corps, et comment il perçoit son attrait physique (25).

2. Aspect sociétal des TCA, focus sur les étudiants

2.1. Épidémiologie des TCA, repérage des patients à risque ou atteints de TCA

2.1.1. Prévalence des TCA

En population générale

Selon les études, on constate une variation dans la prévalence des différentes formes de TCA, allant de 0,9 à 2,2% pour l'AM, de 1 à 4,4% pour la BN (10) et de 3 à 5% pour le BED (13). Par ailleurs, aucune enquête nationale représentative n'a été menée à l'heure actuelle et c'est pourquoi une quantification précise des TCA en France n'est pas possible (4). Néanmoins les TCA sont plus fréquemment retrouvés chez les adolescents et les jeunes femmes entre 12 et 30 ans, avec un sex ratio de 6 pour 1 (10).

Dans la population étudiante

L'étude menée en France, de 2009 à 2012, par Tavoracci et al. a confirmé les résultats qui avaient précédemment été obtenus auprès de populations estudiantines étrangères. Dans cette dernière, un cinquième des étudiants interrogés possédaient un SCOFF ≥ 2 . Très répandus chez les étudiants universitaires en France, ces TCA sont, en plus, associés à d'autres comportements à risque tels que le stress ou la dépression (6).

2.1.2. Facteurs de risque environnementaux de développement d'un TCA

Une étude réalisée chez des enfants et adolescents en 2005 par Taylor et al. a mis en évidence que les comportements liés à l'alimentation pouvaient être influencés selon trois niveaux de facteurs : les facteurs relevant du macro-environnement, les facteurs interpersonnels associés au microenvironnement et, enfin, les facteurs liés à l'individu (26).

Cependant, avant d'évoquer les différents facteurs de risque mis en évidence au cours de différentes études, il est important de préciser que ces pathologies sont multifactorielles et qu'un facteur unique ne peut être seul déclencheur d'un TCA (8). En effet, l'étiopathogénie des TCA est, à l'heure actuelle, encore mal identifiée bien qu'il soit reconnu que ces troubles sont en lien avec des facteurs de vulnérabilité, des facteurs déclenchants et des facteurs d'entretien (12).

Facteurs appartenant au macro-environnement

Pays de résidence

Actuellement, il a été admis que la fréquence de survenue des TCA augmente au sein des pays développés. En effet, on constate que ces troubles sont majoritairement présents dans les pays occidentaux, comme les États-Unis, ou les pays occidentalisés, à l'image du Japon (8). D'autre part, ces pathologies sont quasiment absentes dans les pays où le corps est camouflé et, au contraire, elles augmentent dans les pays où les corps sont affichés et où le corps mince est présenté comme un idéal corporel (8). La prévalence de l'AM dans les pays non occidentaux est, d'ailleurs, estimée entre 0,002 et 0,9% (27). Cette tendance démontre ainsi l'implication, complexe mais étroite, qui unie la survenue de TCA et la relation qu'entretiennent les individus avec le corps.

Appartenance ethnique

Par ailleurs, il a été constaté que la présence de TCA n'est pas la même chez les individus en fonction de leur couleur de peau. Chez les femmes noires, les cas d'AM semblent quasi-inexistants et ceux de BN moins présents, tandis que la prévalence du BED est, quant à elle, plus élevée comparé aux femmes blanches (27).

Lieu d'habitation et milieu social

Il semblerait que l'AM survienne de manière plus importante chez les jeunes filles appartenant à une classe sociale aisée et vivant en milieu urbain (28). En effet, en comparaison aux milieux ruraux, les individus sont davantage sollicités d'un point de vue alimentaire dans les grandes villes. Il a d'ailleurs été mis en avant l'association entre le fait de résider dans l'agglomération parisienne et celui de redouter de manger, ou encore d'avoir une survenue plus élevée d'un cumul de TCA (4).

De même, il a été constaté chez les adolescents que la manifestation de leurs comportements alimentaires est influencée par les caractéristiques économiques et sociales du ménage auquel ils appartiennent. C'est la raison pour laquelle sont plus fréquemment observés, chez des jeunes issus de milieux défavorisés, des phénomènes de prise alimentaire importante, avec perte de contrôle et appréhension de ces derniers, ou une ingestion alimentaire en se cachant. Par ailleurs, la mise en place de vomissements volontaires est plus fréquemment observée chez les jeunes dont la personne de référence possède un statut cadre (4).

Facteurs interpersonnels associés au microenvironnement

Relation familiale

Les relations familiales jouent un rôle pouvant être déterminant dans la survenue de TCA. En effet on constate souvent, d'une part, une situation de dépendance entre jeunes filles souffrant d'AM et leur mère tandis que, d'autre part, les patients atteints de BN sont souvent en conflit avec leurs familles (28).

Disposition génétique

La génétique semble, elle aussi, jouer un rôle dans les TCA. En effet, le taux de survenue d'AM est plus élevé chez les apparentés au premier degré. Cette tendance se retrouve également chez les jumeaux, en particulier homozygotes. Néanmoins, à l'heure actuelle, aucune explication n'a pu être apportée sur la survenue de cette prédisposition, dans le cas de cette pathologie essentiellement psychogène (8).

Facteurs liés à l'individu

Focus sur l'âge et le genre

L'adolescence représente une étape importante dans le processus de construction identitaire et d'importants changements corporels sont observés durant cette période, en réponse aux transformations pubertaires. De ce fait, cette maturation corporelle peut entraîner une modification du regard que portent les individus sur eux-mêmes, notamment sur leur poids, qui occupe un rôle majeur dans l'image de soi (4). À cette période charnière de leur vie, 0,3% des jeunes seraient touchés par l'AM, indépendamment du sexe, bien que les formes subsyndromiques soient 15 fois plus présentes chez les filles que chez les garçons (1,5% vs 0,1%). Par ailleurs, la BN toucherait 1,3% des adolescentes et 0,5% des adolescents masculins (4).

Facteurs psychologiques et de personnalité

Il existe de nombreux facteurs interpersonnels de prédisposition qui ont été étudiés et mis en évidence, sans être pour autant spécifiques ou prédictifs de la survenue d'AM ou de BN. En effet leur association peut, tout au plus, créer une vulnérabilité favorisant la survenue de difficultés à l'adolescence, dont les TCA (8). Parmi ces facteurs de prédisposition, il est possible de citer, de façon non exhaustive, le perfectionnisme, d'autant plus si ce dernier est associé à une faible estime de soi, l'insatisfaction corporelle (4), l'anxiété, la dépression, une fragilité psychologique, ou encore un sentiment d'ambition (8).

Par ailleurs, l'étude de Tavoracci et al. avait mis en lumière que les étudiants à risque de développer un TCA étaient davantage stressés et souffraient souvent de dépression modérée ou sévère associée (6).

2.1.3. Déclenchement d'un TCA

Également, des facteurs déclenchants ont été mis en évidence, sans pour autant être spécifiques. Parmi eux, il est possible de citer des événements tels qu'un deuil ou une déception sentimentale. Effectivement, il semblerait que, chez des individus prédisposés, la survenue de ces événements ou d'un stress, lui-même peu spécifique (8), déclencherait l'installation du trouble. Puis, par la suite, des mécanismes renforçant ce trouble se mettraient en place et entraîneraient, ainsi, un véritable cercle vicieux (8).

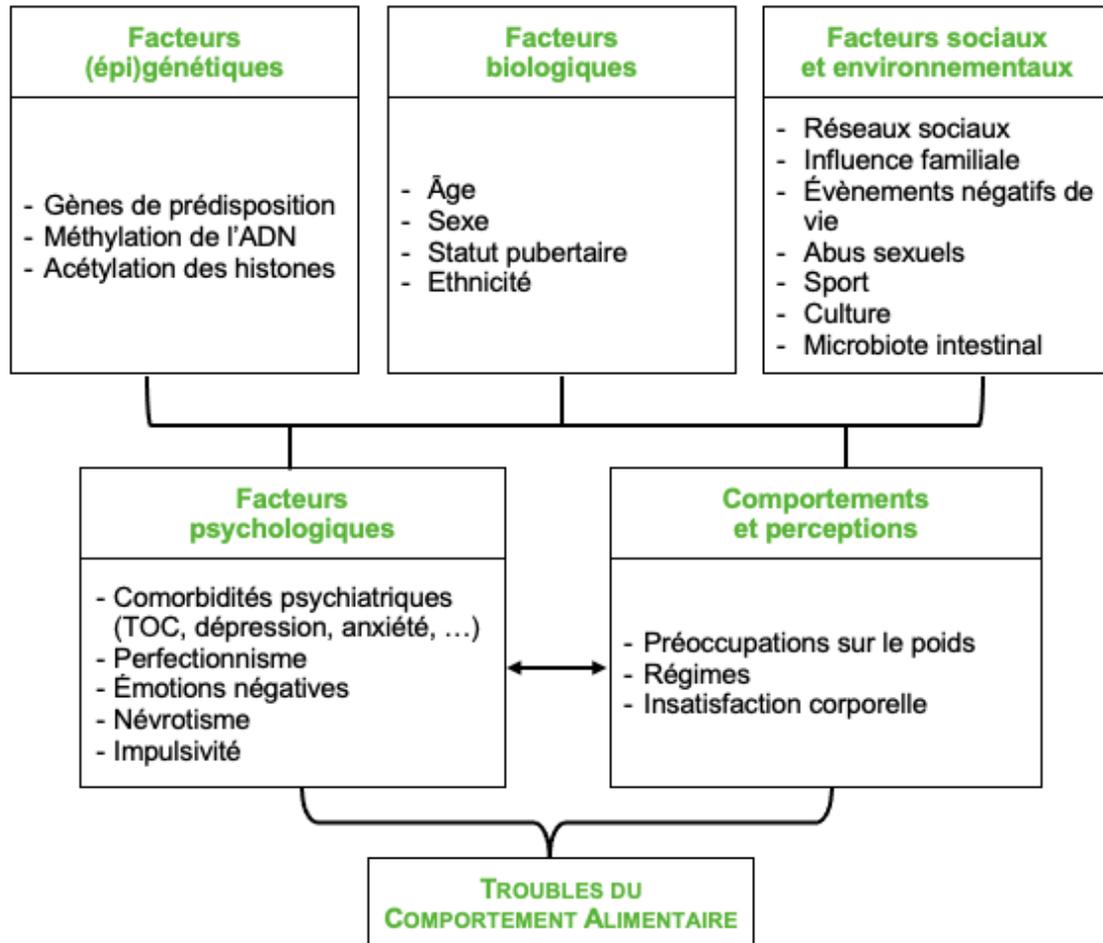


Figure 5: Interactions entre les différents facteurs impliqués dans le développement des TCA (5)

2.2. Santé mentale des étudiants

2.2.1. Stress et population estudiantine

Une étude française menée par Tavoracci et al., entre 2009 et 2011, auprès d'étudiants d'universités normandes a montré que la population étudiante féminine possédait un niveau de stress plus élevé que la population étudiante masculine. Ainsi, bien que le sexe ne soit pas systématiquement mis en évidence comme étant un facteur de risque de stress, cette étude n'est pas la première à mettre en lumière cette relation (29).

La première enquête nationale sur la santé des étudiants, menée en 2016 par l'Observatoire national de la vie étudiante (OVE), a permis la mise en avant de différents aspects relatifs à la santé mentale estudiantine. En effet, cette enquête a permis de constater qu'en dépit d'une perception plutôt positive de leur état de santé (73% des répondants jugeant leur santé bonne ou très bonne dans les quatre semaines précédant l'enquête), près de 20% des étudiants interrogés présentent, parallèlement, les signes d'une détresse psychologique au cours de cette même période. Également, 37% des étudiants interrogés relatent, au cours de l'année écoulée, une période d'au moins deux semaines consécutives durant laquelle un sentiment de tristesse, d'être déprimé, ou sans espoir s'est manifestée. Ces symptômes relevés l'étaient chaque jour ou la quasi-totalité de la journée pour 22% d'entre eux, soit deux fois plus présents que dans la population générale, selon les données de l'étude de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) de 2005. Pour l'ensemble de ces indicateurs les femmes sont, de manière systématique, plus touchées que les hommes (30).

Cette étude de l'OVE a également souligné le fait qu'un peu plus de 8% des étudiants interrogés ont déclaré avoir pensé à se suicider dans l'année précédente, soit une prévalence 5 points plus élevée que les 15-30 ans en population générale (INPES, 2013). Cette proportion peut être comparée à celle obtenue dans l'enquête réalisée au sein de la Faculté de Pharmacie de Lille, au cours de l'année universitaire 2019/2020, dans laquelle près de 20% des étudiants ont confié avoir eu des idées suicidaires durant cette période (31).

2.2.2. Retentissement sur l'alimentation

En complément, l'étude précédemment évoquée de Tavoracci et al. a montré que le fait d'être stressé était significativement associé au risque de développer un TCA (29).

Il est, ainsi, possible d'évoquer la nourriture émotionnelle (*emotional eating*) qui correspond à une réaction alimentaire en réponse à un stress ou des émotions difficiles. Bien qu'il soit traditionnellement associé aux patients souffrant de BED et à la consommation de nourriture « réconfortante » telle que pizza, chips, chocolats, glaces, ... ce trouble n'est, pour autant, pas spécifique de ces derniers (32). En effet, lors d'une exposition à un stress, 40% des personnes ont tendance à manger davantage, 20% ne changent pas leur habitude alimentaire et 40% des sujets mangent moins. Ainsi le stress est, à la fois, associé à un gain et une perte de poids (32).

Par ailleurs, certaines études ont montré que les personnes de sexe féminin ont un risque plus élevé de développer une nourriture émotionnelle et, de ce fait, un trouble du comportement alimentaire. Toutefois, d'autres études ont mis en avant que la population masculine est plus susceptible de manger en réponse à des sentiments de dépression ou de colère, tandis que les femmes mangeraient de manière excessive en réponse à l'échec d'un régime (32).

3. Thérapeutiques et prises en charge des TCA

Face à l'importance et la gravité des TCA, l'Académie nationale de médecine recommande, entre autres, une information des médecins, des éducateurs ainsi que du public afin que ces désordres des conduites alimentaires puissent être plus facilement reconnus et traités (8).

Actuellement, les études européennes menées ont suggéré que seule une faible partie des sujets atteints de TCA reçoivent un traitement spécialisé (33). En premier recours, est estimé que seul 50% des cas d'AM et moins d'un tiers des cas de BN sont détectés par les professionnels de santé et uniquement 30% des cas détectés sont orientés vers des centres de santé mentale ou spécialisé (33). C'est la raison pour laquelle une bonne identification et détection de la pathologie est nécessaire.

Par ailleurs, une étude menée en Grande-Bretagne a montré que les patients souffrant de TCA consultaient significativement plus fréquemment leur médecin généraliste, en comparaison aux autres patients (33). C'est pourquoi une connaissance plus élargie des conduites alimentaires permettrait d'optimiser la mise en place de stratégies de repérages et d'interventions de préventions précoces auprès des patients (8). Pour cela, il est important que les soignants, notamment ceux au contact des populations à risque (infirmier.ère scolaire, gastro-entérologue, gynécologue, médecin généraliste, ...), soient sensibilisés au dépistage de ces pathologies au cours de leur formation et qu'ils disposent d'outils de communication adaptés avec leurs patients (33). En effet, un accompagnement individuel et personnalisé de chaque patient en fonction de son trouble est nécessaire pour leur bonne prise en charge.

3.1. Principaux traitements actuellement mis en œuvre

Dans cette partie, vont être abordées les différentes thérapeutiques actuellement mises en place pour la prise en charge de ces TCA, en particulier l'AM et la BN.

3.1.1. Généralités sur la prise en charge des TCA

TCA et déni

Avant toute chose, il est important de garder à l'esprit que le déni des symptômes est largement décrit dans la littérature actuelle des patients souffrants de TCA. Il en est même caractéristique de l'AM, ce qui en fait un obstacle à la détection mais également à l'évaluation et au traitement de ce trouble. Contrairement aux idées reçues, ce déni ne concerne pas uniquement le patient car les proches et les soignants peuvent également en être touchés. D'autre part, chez les patients souffrant de BN et de BED, le caractère pathologique du trouble est presque toujours conscientisé et associé à un vécu honteux et/ou douloureux. De surcroît, dans l'ensemble des TCA, les patients présentent une ambivalence aux soins, avec une difficulté à « abandonner » les symptômes (33).

De ce fait, afin de lever le déni que présente le patient, deux approches sont actuellement reconnues : travailler l'ambivalence au changement et apporter au patient une alliance thérapeutique de bonne qualité (33).

Rapidité de la prise en charge

La prise en charge le plus tôt possible doit être privilégiée, quel que soit le TCA dont le patient souffre. L'objectif de cette prise en charge est triple :

- Repérer les formes débutantes,
- Traiter les symptômes actuels et les éventuelles comorbidités, tout en prévenant les complications à court terme,
- Prévenir le passage du TCA à la chronicité, et l'apparition de complications (10).

Une étude danoise menée par Van Son a, d'ailleurs, confirmé que la détection précoce des TCA permettait une amélioration du pronostic de ces troubles qui, trop souvent, est retardée par la réalisation d'examen paracliniques non adaptés, occultant la santé psychologique du patient (33).

Étapes de la prise en charge

À chaque TCA repéré, il est fondamental d'identifier les risques physiques et psychologiques associés ainsi que les éventuels signes de gravité présents. Pour cela, il est recommandé de réaliser un ionogramme sanguin, un électrocardiogramme ainsi qu'un hémogramme (33).

Deux arbres de décision, respectivement créés pour la prise en charge de l'AM et de la BN, ont été élaborés à destination des professionnels de santé et sont accessibles sur le Vidal. Ces derniers servent à guider le praticien dans sa prise de décisions pour l'accompagnement et le traitement qu'il va préconiser à son patient (voir [Annexe 2](#) et [Annexe 3](#))

Dans tous les cas, la prise en charge doit débuter par une explication du médecin au patient du parcours de soin qui va être mis en place. Pour cela, il est initialement nécessaire que celui-ci nomme la maladie « *avec tact et sans stigmatisation* » en soulignant « *qu'elle est un mode d'adaptation comportementale à un mal-être préexistant* ». Il doit ensuite expliquer les risques que présente cette maladie, en particulier la possible chronicité, et la nécessité de mettre en place des soins psychiques et somatiques (33).

Par la suite, et de manière systématique, la prise en charge du patient doit être multidisciplinaire afin que cette dernière soit aussi bien psychologique que somatique. Pour cela, quatre axes de soin peuvent être définis : somatique, nutritionnel, psychique, et familial/social. De cette façon, la thérapie permet de prendre en charge les symptômes alimentaires des patients, leurs origines ainsi que leurs conséquences. Naturellement, pour assurer la cohérence de cette prise en charge et l'avancée des objectifs, ce parcours de soin devra être coordonné par un médecin référent (10)(33).

3.1.2. Approche nutritionnelle

Présentation et objectifs

Quelle que soit la situation, la renutrition du patient est fondamentale pour son parcours de guérison et doit systématiquement être encadrée par une équipe spécialisée (10). Cette dernière possède de multiples objectifs :

- *Atteindre et maintenir un poids et un statut nutritionnel adapté (10),*
- *Obtenir une alimentation spontanée régulière et diversifiée (10),*
- *Retrouver la fonction sociale de l'alimentation (33),*
- *Obtenir la réapparition des sensations de faim et de satiété (33),*
- *Éviter les complications d'une renutrition trop rapide (10).*

On peut également ajouter, pour les patients atteints de BN, qu'il est également désiré que les crises et les conduites de purge s'arrêtent, tout en réintroduisant les aliments qui provoquent les crises (33).

Mise en place

La renutrition du sujet peut être abordée de deux manières différentes (10):

- La renutrition naturelle qui consiste à laisser le choix alimentaire au patient et essayer de le diversifier. Une ration d'environ 30 à 40 kcal/kg/j est imposée au début, avec une augmentation très progressive pour obtenir une reprise de poids de 0,5 à 1kg par semaine chez les patients hospitalisés, ou de 1kg par mois en ambulatoire. En complément, des supplémentations peuvent être prescrites au patient : vitamines et/ou nutriments minéraux. Par ailleurs, il est indispensable de supplémenter le patient en phosphore au début de sa réalimentation.
- La renutrition artificielle, par sonde nasogastrique, qui est employée de façon variable par les équipes de soin, et non de manière systématique. Cependant, une nutrition par voie parentérale totale est à écarter car, au-delà du fait que le tube digestif du patient soit intact, aucune preuve de la supériorité de cette méthode, non dénuée de risque, dans la prise de poids n'a été obtenue.

Évidemment, le conseil diététique ne peut être employé comme seul traitement mais doit être utilisé en complément d'autres thérapeutiques. En effet, il est souvent difficile, notamment chez les patients souffrant d'AM, d'accepter cette renutrition et la prise de poids qu'elle entraîne et il est donc important de travailler sa motivation durant les consultations (10).

Suivi et point d'attention

La prise de poids est la source d'amélioration de la plupart des déséquilibres, tels que les désordres métaboliques, les symptômes d'anxiété ou de dépression, les défauts d'attention ou encore de concentration. Néanmoins, des complications peuvent survenir, notamment au début de cette renutrition, voire un syndrome de renutrition inappropriée et c'est pourquoi il est important de surveiller avec attention cette dernière (10).

Pourtant, comme mis en avant par Hillen, si le début de la prise en charge ne s'accompagne pas d'améliorations sur le plan nutritionnel et somatique chez les patients souffrant d'AM, cela ne signifie pas que le traitement mis en place est un échec. En effet, la reconnaissance par les patients de leurs troubles n'est pas forcément synonyme qu'ils soient prêts au changement. C'est pourquoi la volonté de changement des symptômes et l'engagement dans les soins sont des étapes clés dans le processus de prise en charge et de traitement (33).

3.1.3. Les traitements médicamenteux

À l'heure actuelle, la pharmacothérapie est encore peu développée et peu spécifique dans la prise en charge des TCA (33). Dans le cadre de l'AM, aucun médicament n'a scientifiquement démontré de son efficacité (28).

Les antidépresseurs

Leur utilisation varie en fonction des TCA. Chez les patients souffrant de BN, les antidépresseurs agissant par inhibition de la recapture de la sérotonine, notamment la fluoxétine, semblent être efficaces sur les symptômes alimentaires. En effet, a été observée une diminution de la fréquence des crises, des vomissements, de la prise de laxatif ainsi que des accès boulimiques chez les patients traités par cette classe pharmaceutique. Il est, par ailleurs, recommandé d'associer cette thérapie médicamenteuse à une psychothérapie (10)(33). Cependant, les effets de cet inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) à long terme sont mal connus car ils peuvent entraîner, comme l'ensemble des médicaments de cette classe, une majoration des troubles digestifs et favoriser une hyponatrémie, notamment chez les patients présentant un mauvais état général et un équilibre ionique instable (10). Également, dans le cadre du BED, les études menées jusqu'alors démontrent une diminution de la fréquence des crises (33).

Chez les patients atteints d'AM, il n'existe pas de preuve de l'efficacité de cette classe médicamenteuse sur la reprise de poids et leur inefficacité a, par ailleurs, été prouvée en cas de dénutrition. Malgré cela, on observe fréquemment un usage hors-Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de ces médicaments (10).

Néanmoins, un recours aux antidépresseurs peut être envisagé lorsque des troubles psychiatriques sont associés (10). D'ailleurs cette classe thérapeutique constitue, selon les recommandations, la première ligne de traitement de l'anxiété associée à de l'AM. Quoi qu'il en soit, les ISRS et les Inhibiteurs de Recapture de Sérotonine et Noradrénaline (IRSNa) ont remplacés les antidépresseurs tricycliques historiquement prescrits, en raison d'une moindre toxicité pour une efficacité similaire (5).

Dans tous les cas, la lenteur d'apparition de l'effet thérapeutique des antidépresseurs, comprise entre 2 et 6 semaines, est un inconvénient majeur pour une prise en charge rapide des patients. De plus, avec cette classe thérapeutique, la rémission complète de ces troubles est généralement obtenue après plus de six mois de traitement (5).

Les anxiolytiques

Dans le cas de l'AM, à l'heure actuelle, aucune étude contrôlée randomisée n'a été menée avec cette classe médicamenteuse. Néanmoins, elle pourrait être utile à la phase initiale de prise en charge en aidant à réduire l'anxiété qui précède les repas (34). Cependant il faut prendre en compte, lors de l'emploi de benzodiazépines, qu'il existe un risque accru de dépendance à ces derniers (34) ainsi qu'une augmentation de la sensation de fatigue (5). De ce fait, un emploi de benzodiazépines doit donc être limité, ponctuel en cas de stress intense, ou en attendant l'action des antidépresseurs sur les troubles anxieux (5).

Concernant les médicaments favorisant l'allongement de l'espace QT, ils doivent uniquement être prescrits en cas de QT long chez le patient ou si différents facteurs de risque sont présents (34).

Autres classes médicamenteuses

De nombreuses classes médicamenteuses sont à l'étude pour pouvoir être employées dans le traitement des TCA. Parmi elles, il est possible de citer les antipsychotiques, les thymo-régulateurs ou encore les anticonvulsivants. D'ailleurs le topiramate, un antiépileptique, permettrait une amélioration des accès boulimiques et des conduites de purge lorsqu'il est utilisé associé à une psychothérapie (33).

Néanmoins, il est important de préciser que, d'après les AMM des classes thérapeutiques, seuls les antidépresseurs sont actuellement recommandés pour la prise en charge médicamenteuse des patients souffrants de TCA.

3.1.4. Groupe de paroles et thérapie familiale

Une prise en charge psychologique et/ou psychiatrique vise à accompagner le patient dans :

- la compréhension et coopération de sa réhabilitation à la fois physique et nutritionnelle,
- la modification des attitudes non adaptées qu'il met en place dans le cadre de son trouble,
- l'amélioration de ses relations, aussi bien sociales qu'interpersonnelles,
- le traitement de comorbidités psychiatriques éventuellement présentes (33).

Pour cela, les soins mis en place doivent être adaptés au profil du patient, à sa pathologie et au stade d'évolution de celle-ci. En raison de l'importance de la dimension familiale, particulièrement chez les jeunes patients souffrants d'AM, les soins sont à la fois individuels et familiaux. Cette prise en charge permet, de cette manière, d'améliorer les ressources et compétences de l'entourage du patient (33).

Chez les patients adolescents souffrant d'AM, la psychothérapie familiale est à privilégier car son efficacité est plus importante que celle de la psychothérapie individuelle. Ainsi, il est possible d'organiser des entretiens individuels, en alternance avec des entretiens avec les parents. Aussi, dans le cas d'une fratrie, une thérapie familiale peut être associée (10).

3.1.5. La thérapie cognitivo-comportementale

Présentation de la psychothérapie

Les psychothérapies présentent différents objectifs : « *favoriser l'alliance, réduire les risques liés à la maladie, encourager la prise de poids, corriger les symptômes psychiatriques associés et faciliter la guérison physique et psychique en accompagnant la renutrition* » (10).

Le psychothérapeute expose et propose au patient les différentes thérapeutiques possibles, afin qu'il puisse choisir celle qui lui semble la plus adaptée à sa situation : thérapies analytiques, psychothérapie face à face, thérapies psychodynamiques ciblées, thérapies cognitivo-comportementales (TCC), thérapies familiales. Selon les études, l'efficacité globale et relative des techniques citées précédemment varie. Néanmoins, il semblerait que l'acceptation des conseils diététiques soit renforcée par les TCC (10).

Objectifs de la TCC

Comme indiqué par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans ses recommandations de 2010 « *les TCC ont pour cible thérapeutique la restriction et les distorsions cognitives, les croyances irrationnelles relatives aux aliments et à la représentation corporelle, ainsi que les comportements aberrants (restrictions, sélections, vomissements...). L'objectif de ce type d'intervention est de contrôler l'anxiété postprandiale et les autres tensions psychiques exprimées au niveau corporel, de corriger l'hyperactivité physique et les vomissements, enfin de favoriser la restructuration cognitive. Elle vise aussi à améliorer l'estime de soi en ciblant les défauts d'assertivité et la phobie sociale* » (34).

En parallèle, et indépendamment de l'approche psychothérapique mise en œuvre, la HAS souligne dans ses recommandations « *l'importance d'être vigilant à freiner le réflexe de remise en cause négative de soi et d'auto-reproche, toujours trop actif dans ces pathologies de narcissisme, et qui entraîne inmanquablement méfiance de soi-même et augmentation des clivages* » (33).

Ces thérapies, aussi bien individuelles que de groupe, sont à privilégier chez les patients présentant une BN ou un BED. En complément, de récentes études ont montré l'efficacité des programmes de « self-help » dans ces pathologies, lorsqu'elles sont encadrées par des soignants (33).

Prise en charge de l'Anorexie Mentale par la TCC

Comme indiqué précédemment, le patient atteint d'AM est, le plus souvent, dans le déni face à sa perte de poids et, plus largement, sa situation, ce qui rend difficile la prise en charge thérapeutique (10). La majeure partie du temps, la TCC débute par l'établissement d'un contrat entre le médecin et son patient. Cette maladie étant d'ordre comportementale, la thérapeutique l'est également (8). Pour autant, l'intervention d'un psychiatre n'est pas systématique, et est souvent mise en œuvre lorsque la maladie sera maîtrisée, notamment avec un retour au poids fixé dans le contrat, et la fin de l'aménorrhée chez la patiente menstruée (8).

Aussi, bien qu'il soit possible de suivre la plupart des patients en ambulatoire, il arrive qu'une hospitalisation s'impose, avec ou sans séparation familiale, dans les cas sévères ou lors de complications ou d'échecs du traitement ambulatoire (10). En effet, le comportement pathologique de l'AM puisant fréquemment sa source dans le contexte familial, c'est la raison pour laquelle l'isolement du patient peut s'avérer être la clé d'un traitement efficace (8).

Prise en charge de la Boulimie Nerveuse par la TCC

Dans le cadre de la BN, l'objectif majeur du traitement est d'aider les patients à surmonter leur désir compulsif de manger. Ces derniers étant davantage conscients que les patients souffrant d'AM de leurs soucis psychologiques, cela leur permet d'être plus actifs dans le projet thérapeutique (8). Il a été prouvé que les TCC adaptées aux troubles boulimiques sont efficaces pour réduire les crises de boulimie et permettre la rémission des troubles. De plus, ces thérapies impactent favorablement les symptômes dépressifs (10).

D'autre part, dans le cas d'un refus ou d'un échec d'une TCC, des psychothérapies de soutien peuvent être proposées mais, pour obtenir une efficacité comparable, le temps de traitement sera beaucoup plus long (8 à 12 mois sans TCC contre 2 à 5 mois) (10).

3.2. Thérapies orientées sur l'image corporelle

L'étude de Ralph-Nearman et Filik (21), parue en 2020, a permis de démontrer que la majorité des femmes interrogées, d'âge et d'Indice de Masse Corporelle (IMC) variés, bien que désirant un corps plus mince qu'actuel, souhaitait également un corps qui soit musculairement plus développé. Ce constat entre donc en contradiction avec Bell et al., ou encore Uhlmann et al., qui indiquaient que l'insatisfaction corporelle n'était pas corrélée à la musculature idéale. Par ailleurs, un lien significatif a été établi entre l'insatisfaction corporelle liée à la musculature et des aspects symptomatologiques des troubles de l'alimentation.

3.2.1. Image corporelle et TCA

Image corporelle dans la population générale

Il a été observé que la moitié des jeunes femmes ayant un IMC n'indiquant ni un surpoids, ni une obésité, déclarait se trouver trop ronde. Par ailleurs, la proportion de jeunes femmes présentant un poids en dessous de la moyenne de l'IMC est plus importante que celle des jeunes hommes, quel que soit l'âge. Cette tendance traduit l'incorporation de l'idéal de minceur, qui est particulièrement présent dans la population féminine. Néanmoins, d'après les données recueillies dans le Baromètre santé 2010, il ne semble pas y avoir de lien notable entre la corpulence déclarée chez les jeunes et certaines pratiques alimentaires perturbées (4).

Perception de la minceur

En raison de l'interdépendance existant entre la corpulence des sujets et leur comportement alimentaire, le lien entre ces deux facteurs est complexe. En effet, la masse corporelle étant conditionnée par le régime alimentaire, elle peut influencer par la suite, à son tour, les comportements face à l'alimentation (4).

Pourtant, le rapport d'expertise rendu par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), en 2010, soulignait que les régimes amaigrissants chez les jeunes n'étaient pas dénués de risque, aussi bien au niveau physique que psychologique (4). C'est pourquoi il semble important que des actions éducatives soient mises en place afin de « désidéaler » la minceur. Cette volonté a déjà débuté avec la charte sur l'image du corps élaborée dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Cette dernière, signée par de multiples professionnels de la mode, de la publicité et des médias en 2008 visait à promouvoir la diversité des corps, à protéger la santé des individus, notamment dans le mannequinat, et de sensibiliser le public à l'utilisation de l'image du corps. Ces démarches engagées ont pour but d'écarter les phénomènes de stigmatisation ou de valorisation outrancière de la maigreur (4).

3.2.2. Intérêts de cette approche

Il est possible d'être confronté dans l'ensemble des formes de TCA, y compris pour certaines formes frustrées avec un amaigrissement peu fréquent, à des préoccupations corporelles ainsi que des troubles de l'image du corps (8). Cependant, les préoccupations concernant l'image corporelle ne sont pas retrouvées dans près d'un tiers des patients atteints d'AM alors qu'elles sont majeures chez les patients présentant de la BN (10).

C'est pourquoi, comme présenté dans la thèse de Marine Lesage en 2014, « *Les thérapies orientées vers la conscience du corps visent à percevoir l'utilité de son corps, ressentir son comportement et les interactions avec soi-même et avec les autres. Le but de la thérapie est d'intégrer le corps dans une expérience du soi, de rétablir la conscience du corps et son contrôle, afin de retrouver un contact étroit avec ses émotions et ses affects. Les exercices proposés sont facilement réalisables et visent à diminuer la tension musculaire, à normaliser le schéma postural et les représentations métriques du corps, à améliorer les capacités respiratoires et à promouvoir la conscience du corps. Le travail sur la respiration permet de faire le lien entre celle-ci et les émotions.* » (35).

3.2.3. Les différentes thérapies

Les thérapies présentées ci-dessous concernent davantage les patients souffrant d'AM.

3.2.3.1. Norwegian Psychomotor Physiotherapy

Issue de la collaboration entre un physiothérapeute et un psychiatre dans les années 1940, la Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMP) est basée sur le postulat que l'ensemble du corps réagit aux tensions physique et psychologique. Au fil du temps, cela peut impacter la flexibilité, la capacité de détente, la tension musculaire, la respiration, la posture et la conscience du corps. L'objectif de ce traitement est donc de réajuster la posture et la tension musculaire grâce à des massages respiratoires, des touchers et des mouvements adaptés aux réactions du patient (36).

Liv-Jorunn Kolnes, médecin spécialiste de la NPMP, a mis en évidence « *des troubles significatifs de la conscience du corps, une amplification respiratoire contrainte, une tension musculaire significative, des troubles du maintien postural, et une obsession pour l'exercice physique excessif* » chez les patients souffrant d'AM (35).

Par un ensemble de méthodes (body contact, modèle respiratoire, hypertonie, schéma postural), la physiothérapie vise à ce que le patient se connecte à son corps et ses sensations corporelles, puis améliore la conscience qu'il en a afin de pouvoir, in fine, se le réapproprier. Le programme NPMP a montré, chez les patients anorexiques, une amélioration de la représentation de leur corps grâce à un meilleur ressenti corporel, lui-même lié à une prise de conscience de ce dernier. Cette étape de représentation est indispensable dans le processus de guérison (35).

3.2.3.2. *Méditation multi-sensorielle*

Développés par Vincent Dodin et son équipe, les soins à médiation multi-sensorielle (SMMS) ont été mis au point afin d'apporter une solution à l'extrême maltraitance infligée par les patients souffrant d'AM à leur propre corps. En effet, comme évoqué précédemment, l'aspect nutritionnel n'est pas le seul impacté dans cette pathologie et l'un des points communs à l'ensemble des TCA réside dans l'incapacité qu'ont les patients à se sentir « bien » lorsqu'ils sont seuls. Lorsque ces TCA trouvent leurs origines dans un traumatisme alors une trace psychocorporelle, même si refoulée, reste présente et cette dernière peut être réveillée par certaines stimulations sensorielles. Pour cela, les SMMS combinent des stimulations olfactives, un enveloppement corporel chaud, un environnement musical relaxant dans une pièce plongée dans la pénombre. En effet, en raison de la puissante corrélation entre mémoire et odeurs, c'est donc l'olfaction qui est le sens le plus sollicité au cours de ces soins. Ceux-ci ont donc pour objectif d'amener le patient à reconstruire une sécurité psychocorporelle par l'émergence de souvenirs, ressentis ou émotions souvent difficiles d'accès par les psychothérapies classiques. Après deux années d'expérimentation, les résultats mis en avant par les SMMS sont encourageants, avec une confiance retrouvée chez les patients (37).

3.2.3.3. *Feed-back vidéo*

Cette méthode thérapeutique consiste à filmer les patients sous différents angles en sous-vêtements ou en maillot de bain, et d'ensuite confronter ces derniers aux vidéos tournées. Deux études précédemment menées ont montré que l'impact de cette thérapeutique était bénéfique puisque les patients retrouvent une image plus réaliste vis-à-vis de leur corps. De plus, l'action induite sur la conscience du sujet permet une diminution de la crainte de prendre du poids ainsi que celle de l'insatisfaction corporelle, et ce, dès la session de feedback vidéo terminée (35).

3.2.3.4. *Exposition devant le miroir*

L'insatisfaction corporelle étant impliquée dans le développement, le maintien et la rechute des TCA, l'exposition est de plus en plus utilisée dans la prise en charge de ces pathologies (38). Cette thérapie vise à reconnaître et se détacher des émotions négatives liées à la perception corporelle, à s'accepter, à prendre conscience des réactions physiologiques et psychologiques négatives (35).

Une étude chez des jeunes femmes ayant une insatisfaction corporelle élevée a été menée par Jansen et al et publiée en 2015. Dans celle-ci, deux types d'approches ont été étudiés : l'exposition positive, travaillant sur les parties du corps auto-définies par les sujets comme attrayantes, et l'exposition négative, travaillant sur les parties du corps auto-définies comme non attrayantes. À l'issue de 5 séances de 30 minutes, cette étude a montré que l'exposition corporelle, aussi bien positive que négative, est efficace pour accroître la satisfaction corporelle et qu'elle mène à une diminution du contrôle corporel, de l'évitement corporel, de la préoccupation corporelle et une meilleure humeur chez les jeunes femmes. Par ailleurs, bien qu'émotionnellement plus difficile pour les sujets, il semblerait que l'exposition négative soit beaucoup plus efficace (38).

4. Matériel et méthode

Afin d'évaluer la prévalence des TCA dans la population estudiantine, un questionnaire destiné aux étudiants en études post-bac a été créé.

Le but de ce dernier était de pouvoir repérer et estimer, dans un premier temps, le niveau de stress, la relation au corps ainsi que la présence de TCA chez les étudiants de manière générale. Puis, dans un second temps, ces comportements ont été étudiés en fonction du profil du sujet répondant (genre, domaine d'études, lieu d'habitation...).

4.1. Objectifs

Avant diffusion du questionnaire, des objectifs d'analyse avaient été définis :

- Évaluer la prévalence des TCA (avérés ou suspectés) chez les étudiants, quelle.s que soit.ent leur.s filière.s,
- Évaluer la manière dont le sujet répondant perçoit ou aimerait percevoir son corps,
- Calculer l'IMC moyen des répondants et le confronter aux normes du statut nutritionnel,
- Établir un potentiel lien entre la réalisation d'une PACES ou, plus largement, d'études en filière santé et l'apparition et/ou l'entretien de TCA.

L'hypothèse de travail était d'observer une majoration des TCA et des problèmes liés à la relation au corps chez les étudiants en santé, en particulier chez ceux étant en PACES ou en ayant effectué une au cours de leur parcours universitaire.

4.2. Questionnaire

Pré-diffusion : avant la diffusion du questionnaire, une soumission de celui-ci a préalablement été effectuée auprès du Bureau du Délégué à la Protection des Données (DPO) de Lille. Puis, à l'issue d'un entretien téléphonique avec Monsieur Jordan DUSSART, du Service de la protection des données à caractère personnel de l'Université de Lille, ce questionnaire a été validé. Cette validation atteste, ainsi, de la conformité des questions au regard de la loi informatique et libertés (voir [Annexe 4](#))

Composition : ce questionnaire, présent en [Annexe 5](#), était composé de 5 groupes de questions, décrits ci-dessous :

- Présentation du participant,
- Parcours d'études du participant,
- Évaluation du stress,
- Relation au corps, et
- TCA.

Nombre de questions : au total, 35 questions étaient présentes dans ce questionnaire mais ces dernières étaient adaptées en fonction des réponses communiquées aux questions précédentes. De ce fait, le nombre total de questions posées variait, in fine, selon le profil et le parcours du répondant.

Type de questions : la majorité des questions posées étaient des questions fermées, davantage adaptées pour un large panel de répondants. En effet, ce type de questions permet une analyse standardisée des données collectées et facilite la comparaison des résultats obtenus, au travers d'études quantitatives. Néanmoins, deux questions ouvertes facultatives étaient proposées au cours du questionnaire afin de laisser, s'ils le souhaitaient, les sujets s'exprimer librement sur la PACES ou les TCA.

4.2.1. Questions de présentation du participant

Dans ce premier groupe, il était demandé au sujet de préciser son genre, sa tranche d'âge ainsi que sa taille et son poids. Ces deux dernières données confidentielles visaient à calculer l'IMC de l'étudiant et pouvoir, par la suite, le mettre en corrélation ou en comparaison avec d'autres réponses du questionnaire.

4.2.2. Questions à propos des études du participant

Partie 1 : données générales sur les études

Dans cette partie, axée sur les études, on demandait au sujet en quelle année post-bac il se trouvait durant l'année universitaire 2019/2020 ainsi que son domaine d'études, son niveau d'études et son lieu de vie. Pour les étudiants ayant sélectionné le domaine d'études de la santé, des questions supplémentaires leur étaient posées afin de connaître leur filière, la manière dont ils y avaient accédé et leur parcours dans ce domaine. Enfin, une question à choix multiples visait à savoir si les répondants avaient, ou non, été confrontés à certaines situations particulières durant leurs études, comme une passerelle.

Partie 2 : questions relatives à la PACES

Puis, dans une seconde partie, les questions étaient orientées vers la PACES. Tout d'abord, quelle que soit sa filière, il était demandé au répondant d'indiquer s'il avait, ou non, effectué une PACES au cours de son parcours universitaire. Si la réponse était positive alors le sujet était interrogé pour savoir :

- si un parcours universitaire avait été réalisé avant la PACES,
- le nombre d'années d'inscription en PACES,
- la réussite ou non au.x concours,
- la faculté dans laquelle les cours avaient été suivis,
- le lieu de vie,
- ainsi que l'éventuelle variation du poids corporel durant la PACES.

Cette partie se clôturait par une question ouverte, pour laquelle les sujets pouvaient s'exprimer, et de manière facultative, sur cette période de leur vie.

4.2.3. Questions d'évaluation du stress

Afin qu'il soit plus facile, pour les répondants, d'indiquer leurs réponses, les choix proposés étaient, quel que soit l'item, toujours les 5 mêmes : Pas du tout importante, Peu importante, Neutre, Assez importante, Très importante. La standardisation des réponses possibles pour les 8 items composant ce groupe rendait, effectivement, plus rapide le temps passé à répondre. De ce fait, cela facilitait l'adhésion des sujets à continuer de remplir le questionnaire.

Par ailleurs, cette partie du questionnaire faisait une distinction nette entre année sans PACES versus année.s avec PACES. Cette segmentation avait pour objectif d'apprécier le niveau de stress du sujet en fonction de la PACES et, de cette manière, d'évaluer l'impact potentielle de cette année universitaire sur le stress des étudiants.

4.2.4. Questions sur la relation au corps

Eating Disorder Inventory-2 (39)

Dans cette partie du questionnaire, consacrée à l'individu et sa relation au corps, les items indiqués étaient ceux de l'Eating Disorder Inventory (EDI, *Inventaire des troubles de l'alimentation*). Créé en 1984 par David M. Garner et al., cet inventaire est un auto-questionnaire permettant l'évaluation de la symptomatologie et des attitudes associées aux TCA. La cotation de cet inventaire est réalisée selon une échelle de Likert allant de 1 (jamais) à 6 (toujours). Au fil des années l'EDI a connu deux révisions, dont les changements sont référencés dans le tableau ci-après :

	EDI	EDI-2	EDI-3
Année de parution	1984	1991	2004
Nombre d'items	64	91	91
Nombre de dimensions	8	11	12
Sujets		Hommes et femmes (plus de 12 ans)	Femmes (13 à 53 ans)

Tableau I: Évolution de l'EDI et différences selon ses révisions

Dans l'EDI-2 onze dimensions, listées ci-dessous par ordre alphabétique, mesurant les caractéristiques psychologiques communément associées aux TCA, sont répertoriées (40):

- Ascétisme (items 66, 68, 71*, 75, 78, 82, 86, 88),
- Boulimie (items 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61),
- Conscience intéroceptive (items 8, 21, 26*, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64),
- Contrôle des impulsions (items 65, 67, 70, 72, 74, 77, 79, 81, 83, 89, 90),
- Inefficacité (items 10, 18, 20*, 24, 27, 37*, 41, 42*, 50*, 56),
- Insatisfaction par rapport à son corps (items 2, 9, 12*, 19*, 31*, 45, 55*, 59, 62*),
- Insécurité sociale (items 69*, 73*, 76*, 80*, 84, 87, 89*, 91*),
- Méfiance interpersonnelle (items 15*, 17*, 23*, 30*, 34, 54, 57*),
- Peur de la maturité (items 3, 6, 14, 22*, 35, 39*, 48, 58*),
- Perfectionnisme (items 13, 29, 36, 43, 52, 63),
- Recherche de la minceur (items 1*, 7, 11, 16, 25, 32, 49).

Également, il est à noter que les items marqués d'un astérisque dans la liste ci-dessus sont des items indirects, dont la notation est inversée par rapport aux items directs. Les notations sont indiquées dans le Tableau II suivant.

Degré \ Notation	Item direct	Item indirect
Toujours	3	0
En général	2	0
Souvent	1	0
Quelquefois	0	1
Rarement	0	2
Jamais	0	3

Tableau II: Notation de l'EDI-2 selon le caractère direct, ou non, de l'item

L'EDI-2 étant sensible au changement, il offre la possibilité d'être utilisé aussi bien au cours du diagnostic initial, avant une prise en charge psychothérapique, que plus tard. Employé tardivement, il permet d'évaluer le changement de l'individu dans sa relation au corps et ses comportements associés aux TCA (41). En cas de TCA avéré, mais également chez les sujets indemnes (faux-positif), le score de cet EDI-2 peut-être élevé. Néanmoins, une vigilance reste nécessaire dans le cas d'un.e patient.e dans le déni de son AM ou souffrant de BN et souhaitant camoufler ses conduites boulimiques. En effet, dans ces deux cas de figure, les scores peuvent être dans les limites de la normale (faux-négatif).

Dans le questionnaire proposé aux étudiants, il a été décidé de référencer 20 items de l'EDI-2. Pour cela, les 9 items relatifs à l'insatisfaction par rapport au corps ont été intégrés ainsi que les 7 évaluant la recherche de la minceur. Par ailleurs, deux items relatifs à la boulimie (items 4 et 53) et deux relatifs à l'ascétisme (items 78 et 86) ont été référencés.

Nb : d'autres tests relatifs aux TCA existent également (EAT : Eating attitude test, BULIT : Bulimia test, ou YFAS : Yale food addiction scale) mais n'ont pas été repris car ces questionnaires ciblent davantage un comportement alimentaire plutôt qu'un autre et sont, de ce fait, moins inclusifs.

Échelle d'évaluation de la silhouette

Une échelle d'évaluation de la silhouette, composée de 9 silhouettes, était présentée au sujet répondant au questionnaire. Ces silhouettes étaient celles du Body Dissatisfaction Scale (BDS, *Échelle d'insatisfaction corporelle*), développé et validé par Mutale et al (20). Dans leur étude, deux échelles d'évaluation avaient été mises au point, selon le genre de l'individu (féminin ou masculin).

De ce fait, en fonction de la réponse communiquée par le sujet sur son genre, au début du questionnaire, l'échelle adéquate lui était présentée. Par ailleurs, pour les sujets ayant répondu « autre », les deux échelles (féminine et masculine) apparaissaient. Cette sélection d'échelle avait pour but de favoriser la projection de l'individu sur les silhouettes proposées. Les silhouettes de cette échelle ayant été générées par ordinateur, au-delà d'éviter des soucis d'utilisation des photos de personnes réelles, cela réduisait surtout les biais de jugement associés à certains groupes raciaux et facilitait, ainsi, l'identification. Néanmoins, il est important de préciser que ces silhouettes ne prennent pas en compte la musculature des sujets.

Dans cette échelle, les silhouettes sont classées, de gauche à droite, par IMC croissant (voir Figure 2) comme présenté dans ce tableau :

IMC (kg/m ²) Silhouette	Genre féminin	Genre masculin
1	13,76	14,54
2	15,04	15,93
3	16,55	17,49
4	18,25	19,15
5	20,02	20,97
6	23,21	24,32
7	26,62	27,75
8	30,15	31,61
9	34,27	35,92

Tableau III: IMC de chaque silhouette selon le genre (féminin ou masculin) du Body Dissatisfaction Scale

Dans le questionnaire, il était demandé au répondant d'indiquer quelle.s figure.s représentait.ent, selon lui, son corps actuel et son corps idéal ainsi que la figure qu'attribuerait autrui à son corps.

4.2.5. Questions relatives aux TCA

Questionnaire SCOFF-F

Afin de faire un repérage rapide du nombre de sujets à risque ou potentiellement atteints de TCA, les 5 questions du SCOFF dans sa version française (SCOFF-F) ont été insérées dans le questionnaire. Pour rappel, comme évoqué dans la partie 1.2.2, un score supérieur ou égal à deux à ce test, soit un minimum de deux réponses positives, indique la possibilité d'un cas de TCA.

Origine, détection et persistance des TCA

Puis des questions relatives aux antécédents familiaux, au dépistage, à l'éventuelle évolution de ces troubles au fil du temps, au cours de la PACES et/ou des années universitaires et/ou durant le premier confinement sanitaire étaient posées. Cela avait pour but d'étayer la cause.s et les facteurs de prédisposition et/ou d'entretien des TCA.

4.3. Sujets

4.3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Afin de pouvoir répondre à ce questionnaire, le seul critère d'inclusion était la nécessité d'être étudiant.e en études post-bac au cours de l'année universitaire 2019/2020. D'autre part, aucun critère d'exclusion n'avait été défini.

4.3.2. Recrutement des sujets

Dans le but d'interroger un maximum d'étudiants, le questionnaire a été diffusé via Facebook et Instagram, deux réseaux sociaux où les jeunes sont particulièrement présents, notamment les étudiants, ainsi que sur le réseau LinkedIn.

Sur Facebook : ce questionnaire a été publié sur les groupes Facebook suivants : Étudiants de Bordeaux, Étudiants de Liège, Étudiants de Lille, Étudiants de Lorraine (Nancy et Metz), Étudiants de Lyon, Étudiants de Montpellier, Étudiants de Nancy, Étudiants de Paris, Étudiants de Rouen, et Étudiants en santé. Cette large diffusion avait pour but de toucher un maximum d'étudiants français, quel que soit leur lieu de résidence ou d'études. Le questionnaire a également été partagé sur les différents groupes de promotion de la Faculté de Chirurgie-Dentaire de Lille et ceux de la Faculté de Pharmacie de Lille, à l'aide de la corporation de ces deux facultés. Par ailleurs, certaines personnes l'ont également, à titre personnel, partagé sur leurs murs respectifs Facebook, étendant ainsi le nombre de personnes sollicitées.

Sur Instagram : le questionnaire a été partagé en story sur le compte @cecile_ctln et également sur ceux de @macuisine_etudiante et @imiaytb : deux femmes majoritairement suivies par des étudiant.e.s.

Sur LinkedIn : en complément des deux réseaux sociaux indiqués ci-dessus, ce questionnaire a également été publié sur LinkedIn, réseau professionnel où de nombreux étudiants et nouvellement diplômés sont inscrits et actifs.

4.4. Variables réponses

4.4.1. Indice de Masse Corporelle (IMC)

L'Indice de Masse Corporelle est un outil de mesure permettant d'obtenir le statut nutritionnel d'un adulte en divisant son poids en kilogrammes par sa taille au carré, exprimée en mètres. Le résultat obtenu est donc exprimé en kg/m².

$$IMC = \frac{\text{poids (en kilogrammes)}}{\text{taille}^2 \text{ (en mètres)}}$$

L'IMC obtenu, présenté par l'Organisation Mondiale de la Santé, permet ensuite de définir le statut nutritionnel de l'individu (42):



Figure 6: Statut nutritionnel exprimé en fonction de l'IMC

La dénutrition peut, ensuite, être classée selon les 5 grades indiqués ci-dessous (12):

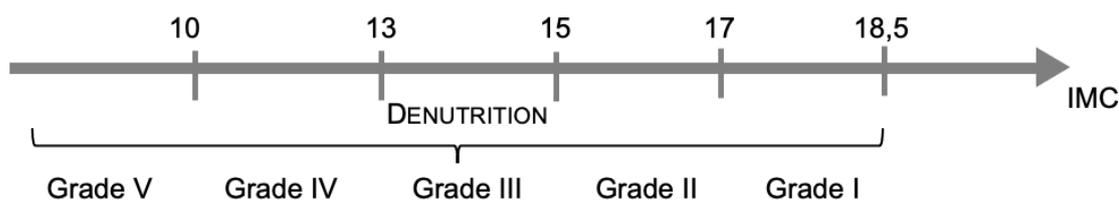


Figure 7: Grades de la dénutrition exprimés en fonction de l'IMC

L'IMC possède l'avantage de pouvoir être utilisé également durant les phases de croissance car il peut, effectivement, être calculé dès l'enfance mais également durant l'adolescence. Pour cela, la formule utilisée est la même que celle des adultes, précédemment exposée. Cependant le résultat obtenu sera, ensuite, comparé aux z-scores et aux percentiles, comme présenté dans la courbe en [Annexe 6](#).

4.4.2. Les autres variables réponses

En plus de l'IMC, d'autres variables réponses, listées ci-dessous, ont été prises en considération au cours du questionnaire :

- Le score supérieur ou égal à 2 au questionnaire SCOFF ; c'est-à-dire un score indiquant la possible présence d'un TCA chez le sujet,
- La différence entre l'évaluation du corps perçu et celle du corps idéal,
- Les valeurs obtenues à l'EDI-2,
- Le diagnostic posé de TCA par un professionnel de santé ou la suspicion de TCA par l'étudiant lui-même.

4.5. Méthode statistique

4.5.1. Nombre de sujets à inclure

L'étude étant exploratoire, aucun calcul de taille d'échantillon n'a été effectué.

4.5.2. Profils des sujets interrogés

Profils des sujets répondants

Afin de procéder aux différentes analyses statistiques des réponses des sujets interrogés, 5 profils ont été élaborés. Ceux-ci ont été créés en fonction du domaine d'études des répondants et de la réalisation, ou non, d'une PACES au cours de leur parcours universitaire. Le Tableau IV, ci-contre, présente les 5 profils dressés :

Profil	Caractéristique	Études effectuées durant l'année universitaire 2019-2020	Ayant réalisé au moins une PACES au cours de leur cursus
PACES		PACES	NA
Santé avec PACES		Santé*	Oui
Santé sans PACES		Santé*	Non
Hors santé avec PACES		Hors santé**	Oui
Hors santé sans PACES		Hors santé**	Non

Tableau IV: Caractéristiques des 5 profils des sujets interrogés

*Santé = Dentaire, Infirmier, Kinésithérapie, Maïeutique, Médecine, Pharmacie, Autre (Ergothérapie, Orthophonie, Ostéopathie, ...)

**Hors-santé = Agriculture / Éducation / Ingénierie, industries de transformation et production / Lettres et arts / Protection sociale / Sciences / Sciences sociales, commerce et droit / Autre (Communication, Langues, Marketing, ...)

4.5.3. Analyse statistique

Les analyses ont été prises en charge par la plateforme PROSERPINE de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Lille, et ont été effectuées avec le logiciel SAS version 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Les données sont présentées sous forme de moyenne \pm écart-type estimé ou médiane [intervalle interquartile] pour les variables continues en fonction du caractère gaussien de leur distribution, et sous forme d'effectifs (proportions) pour les variables catégorielles.

L'étude du lien entre le parcours universitaire et les variables réponses de relation au corps a été effectuée par des modèles de régression linéaire pour les variables réponses quantitatives, et par des modèles de régression logistique pour les variables réponses binaires. Les modèles ont été ajustés sur les variables sociodémographiques et sur les variables de qualité de vie pendant les études. Pour toutes les analyses, le risque de première espèce était fixé à 5%.

5. Résultats

Ce questionnaire a été accessible durant 2 mois, du 14 septembre au 16 novembre 2020.

Parmi les 2166 réponses au questionnaire obtenues, 926 étaient complètes. Ainsi, par la suite, seules les réponses complètes seront prises en compte pour l'analyse des données.

5.1. Répartition des profils

La répartition des 926 répondants selon les 5 différents profils, présentés dans la partie Profils des sujets interrogés, est référencée dans le tableau ci-dessous :

	Nombre de répondants (n=926)
PACES	142
Santé avec PACES	417
Santé sans PACES	68
Hors santé avec PACES	31
Hors santé sans PACES	268

Tableau V: Répartition des répondants selon leur profil

5.2. Statistiques descriptives selon les études en cours

5.2.1. Profil sociodémographique selon les études en cours

	PACES (n=142)	Santé avec PACES (n=417)	Santé sans PACES (n=68)	Hors santé avec PACES (n=31)	Hors santé sans PACES (n=268)
Genre					
Féminin	121 (85%)	353 (85%)	60 (88%)	28 (90%)	241 (90%)
Masculin	21 (15%)	62 (15%)	8 (12%)	3 (10%)	27 (10%)
Autre	0 (0%)	2 (< 1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Âge					
Moins de 18 ans	2 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (1%)
[18 ; 21] ans	138 (97%)	162 (39%)	33 (49%)	10 (32%)	151 (56%)
]21 ; 25] ans	2 (1%)	239 (57%)	29 (43%)	19 (61%)	108 (40%)
> 25 ans	0 (0%)	16 (4%)	6 (9%)	2 (6%)	6 (2%)
Pour les étudiants en PACES					
Première PACES	73 (51%)				
Deuxième PACES	66 (46%)				
Troisième PACES	3 (2%)				
Redoublement au cours des années universitaires	71 (50%)	232 (56%)	15 (22%)	20 (65%)	43 (16%)
Passerelle santé vers santé	5 (4%)	11 (3%)	7 (10%)		
Passerelle non santé vers santé		1 (< 1%)	11 (16%)		
Lieu de vie au cours de l'année 2019-2020					
Chez les parents	57 (40%)	105 (25%)	11 (16%)	11 (35%)	75 (28%)
En colocation	8 (6%)	56 (13%)	13 (19%)	7 (23%)	46 (17%)
En couple	4 (3%)	69 (17%)	14 (21%)	6 (19%)	20 (7%)
Seul-e	69 (49%)	177 (42%)	29 (43%)	7 (23%)	106 (40%)
Autre	4 (3%)	10 (2%)	1 (1%)	0 (0%)	21 (8%)

Tableau VI: Profil sociodémographique des répondants selon leurs études en cours

En premier lieu, quel que soit le profil du répondant étudié, on constate une grande prédominance du genre féminin, puisqu'il représente entre 85% et 90% des sujets. Aussi, concernant l'âge, il est principalement situé entre 18 et 25 ans inclus, représentant 91 à 99% des répondants selon les profils. Au global, les 18-25 ans représentent 96% des sujets ayant participé à ce questionnaire.

D'autre part, parmi les 142 étudiants répondants inscrits en PACES au cours de l'année 2019/2020 cela était, pour 51% d'entre eux, leur première inscription et pour 46% leur deuxième inscription. Enfin une part minoritaire des sujets de ce profil (3%) effectuait cette première année pour la troisième fois.

Également, chez les sujets ayant le profil 'Santé sans PACES' on constate que plus d'un quart d'entre eux ont effectué une passerelle. Pour 10%, il s'agit d'une passerelle d'une filière santé vers une filière santé et, pour 16% cette passerelle est depuis une formation non-santé.

À propos du lieu de vie, on remarque qu'à l'exception des répondant.e.s 'Hors santé PACES', pour lesquels le lieu de vie principal était le domicile parental (35% d'entre eux), la majorité des étudiant.e.s vivaient seul.e.s (entre 40 et 49% selon le profil) au cours de l'année universitaire 2019-2020.

5.2.2. Qualité de vie selon les études en cours

	PACES (n=142)	Santé avec PACES (n=417)	Santé sans PACES (n=68)	Hors santé avec PACES (n=31)	Hors santé sans PACES (n=268)
Motivation à réviser					
Pas du tout importante	1 (< 1%)	16 (4%)	2 (3%)	0 (0%)	15 (6%)
Peu importante	10 (7%)	118 (28%)	11 (16%)	11 (35%)	73 (27%)
Neutre	16 (11%)	110 (26%)	21 (31%)	8 (26%)	52 (19%)
Assez importante	69 (49%)	143 (34%)	26 (38%)	8 (26%)	101 (38%)
Très importante	46 (32%)	30 (7%)	8 (12%)	4 (13%)	27 (10%)
Quantité de travail					
Pas du tout importante	0 (0%)	9 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (2%)
Peu importante	1 (< 1%)	46 (11%)	5 (7%)	3 (10%)	29 (11%)
Neutre	4 (3%)	94 (23%)	12 (18%)	5 (16%)	55 (21%)
Assez importante	42 (30%)	194 (47%)	40 (59%)	18 (58%)	109 (41%)
Très importante	95 (67%)	74 (18%)	11 (16%)	5 (16%)	69 (26%)
Stress					
Pas du tout important	5 (4%)	12 (3%)	1 (1%)	0 (0%)	4 (1%)
Peu important	6 (4%)	44 (11%)	8 (12%)	3 (10%)	22 (8%)
Neutre	10 (7%)	76 (18%)	11 (16%)	6 (19%)	35 (13%)
Assez important	48 (34%)	201 (48%)	24 (35%)	18 (58%)	109 (41%)
Très important	73 (51%)	84 (20%)	24 (35%)	4 (13%)	98 (37%)
Stress/anxiété à l'approche des examens					
Pas du tout important	0 (0%)	4 (1%)	1 (1%)	1 (3%)	6 (2%)
Peu important	5 (4%)	22 (5%)	4 (6%)	5 (16%)	7 (3%)
Neutre	6 (4%)	41 (10%)	5 (7%)	2 (6%)	34 (13%)
Assez important	33 (23%)	158 (38%)	22 (32%)	10 (32%)	95 (35%)
Très important	98 (69%)	192 (46%)	36 (53%)	13 (42%)	126 (47%)

Sensation d'être débordé					
Pas du tout importante	2 (1%)	7 (2%)	0 (0%)	1 (3%)	1 (< 1%)
Peu importante	7 (5%)	35 (8%)	9 (13%)	3 (10%)	23 (9%)
Neutre	16 (11%)	91 (22%)	9 (13%)	5 (16%)	43 (16%)
Assez importante	43 (30%)	173 (41%)	30 (44%)	13 (42%)	115 (43%)
Très importante	74 (52%)	111 (27%)	20 (29%)	9 (29%)	86 (32%)
Qualité du sommeil					
Pas du tout importante	11 (8%)	21 (5%)	6 (9%)	3 (10%)	36 (13%)
Peu importante	52 (37%)	109 (26%)	19 (28%)	7 (23%)	85 (32%)
Neutre	43 (30%)	130 (31%)	20 (29%)	9 (29%)	85 (32%)
Assez importante	26 (18%)	105 (25%)	16 (24%)	7 (23%)	46 (17%)
Très importante	10 (7%)	52 (12%)	7 (10%)	5 (16%)	16 (6%)
Pratique d'une activité physique					
Pas du tout importante	69 (49%)	88 (21%)	14 (21%)	7 (23%)	62 (23%)
Peu importante	35 (25%)	86 (21%)	14 (21%)	8 (26%)	60 (22%)
Neutre	22 (15%)	98 (24%)	15 (22%)	7 (23%)	46 (17%)
Assez importante	11 (8%)	112 (27%)	14 (21%)	5 (16%)	63 (24%)
Très importante	5 (4%)	33 (8%)	11 (16%)	4 (13%)	37 (14%)
Qualité d'interactions sociales					
Pas du tout importante	35 (25%)	13 (3%)	6 (9%)	3 (10%)	12 (4%)
Peu importante	57 (40%)	45 (11%)	13 (19%)	9 (29%)	66 (25%)
Neutre	30 (21%)	77 (18%)	11 (16%)	7 (23%)	66 (25%)
Assez importante	14 (10%)	171 (41%)	20 (29%)	9 (29%)	84 (31%)
Très importante	6 (4%)	111 (27%)	18 (26%)	3 (10%)	40 (15%)

Tableau VII: Estimation de la qualité de vie des répondants selon leurs études en cours

On constate une proportion plus élevée de répondants, au sein du profil PACES, déclarant avoir une motivation à réviser assez importante ou très importante. En effet, contrairement aux autres profils, pour lesquels la proportion n'excède pas 50% des sujets, elle est de 81% chez les étudiant.e.s PACES.

En revanche, au moins 65% des répondants de chaque profil estiment que leur quantité de travail est assez importante ou très importante. Parallèlement, la sensation d'être débordé est exprimée dans des taux similaires pour l'ensemble des profils étudiés. Néanmoins, ce sont les étudiant.e.s en PACES qui expriment en plus grand nombre cette sensation, manifestée à un taux de 82%.

D'autre part, le stress semble être un sentiment largement partagé par l'ensemble des étudiant.e.s interrogé.e.s. En effet, au-delà du fait que moins de 14% des répondants de chaque profil qualifient leur stress comme n'étant pas du tout ou peu important, plus de deux tiers d'entre eux le jugent comme assez important ou très important, avec un pic estimé à 85% chez les étudiant.e.s PACES. Toutefois, quel que soit le profil analysé, le taux de stress estimé est majoré à l'approche des examens.

Il est également à noter qu'une différence notable est relevée chez les sujets PACES dans la qualité de leurs interactions sociales. Effectivement, bien qu'un à deux tiers des étudiants des 4 autres profils estiment que leur vie sociale est assez importante ou très importante, on constate que 65% des étudiant.e.s PACES indiquent que la leur n'est pas du tout ou peu importante.

5.3. Résultats relatifs aux TCA

5.3.1. Diagnostic ou suspicion de TCA selon les études en cours

	PACES (n=142)	Santé PACES (n=417)	Santé sans PACES (n=68)	Hors santé PACES (n=31)	Hors santé sans PACES (n=268)
Diagnostic de TCA TCA actuel	12 (8%)	39 (9%)	10 (15%)	0 (0%)	38 (14%)
Impact de la période de confinement	11/12 (92%) (n=11)	22/39 (56%) (n=22)	6/10 (60%) (n=6)		30/38 (79%) (n=30)
Impact positif	1 (9%)	5 (23%)	0 (0%)		6 (20%)
Impact négatif	8 (73%)	9 (41%)	4 (67%)		17 (57%)
Aucun impact	2 (18%)	6 (27%)	2 (33%)		4 (13%)
Autre	0 (0%)	2 (9%)	0 (0%)	/	3 (10%)
Sinon, pense souffrir de TCA	(n=130)	(n=378)	(n=58)	(n=31)	(n=230)
Oui	13 (10%)	49 (13%)	6 (10%)	6 (19%)	42 (18%)
Non	88 (68%)	249 (66%)	42 (72%)	20 (65%)	138 (60%)
Ne sait pas	29 (22%)	80 (21%)	10 (17%)	5 (16%)	50 (22%)
Pour les étudiants ayant été inscrits ou inscrits en PACES					
TCA présents avant la PACES	19/25 (76%)	62/88 (70%)		4/6 (67%)	
TCA développés/renforcés pendant la PACES	21/25 (84%)	52/88 (59%)		5/6 (83%)	
TCA développés après la PACES	4/25 (16%)	43/88 (49%)		2/6 (33%)	
Pour les étudiants hors PACES					
TCA présents avant les années universitaires	2/2 (100%)	68/88 (77%)	12/16 (75%)	5/6 (83%)	58/80 (73%)
TCA développés/renforcés pendant les années universitaires	1/2 (50%)	48/88 (55%)	4/16 (25%)	2/6 (33%)	50/80 (63%)
TCA développés après les années universitaires	0/2 (0%)	27/88 (31%)	2/16 (13%)	2/6 (33%)	18/80 (23%)

Tableau VIII: Estimation de la répartition des TCA chez les répondants en fonction de leurs études en cours

Au global, sur l'ensemble des sujets interrogés, on observe une prévalence des TCA de 23,2% ([Annexe 7](#)). Mais, en étudiant les résultats obtenus, on constate qu'un diagnostic de TCA a été posé chez seulement 11% des répondants. Ce sont les deux profils 'sans PACES', aussi bien Santé qu'Hors santé, pour lesquels cette proportion est la plus élevée (respectivement 15% et 14%). Par ailleurs, on constate qu'aucun des sujets interrogés appartenant au profil 'Hors santé PACES' n'a été diagnostiqué comme souffrant de TCA.

Par ailleurs, parmi les 99 sujets chez lesquels un diagnostic de TCA a été posé par un professionnel de santé au cours de leur vie, 69 d'entre eux, soit 70%, en souffraient encore au moment du questionnaire. Ce taux de persistance des troubles est le plus important au sein du profil des étudiant.e.s PACES, où il s'élève à 92%. Aussi, chez ces sujets pour lesquels les TCA étaient encore présents au moment du questionnaire, la période de confinement a eu un impact positif chez 17% d'entre eux (12/69) tandis que l'effet négatif a été déclaré par plus de la moitié des sujets (55% = 38/69).

D'autre part, pour les sujets chez lesquels un diagnostic n'a pas été posé par un professionnel de santé, 14% (116/827) d'entre eux indiquent penser souffrir de ces troubles, avec une majoration de la prévalence chez les sujets appartenant aux deux profils 'Hors santé'. D'autre part, on constate que 21% (174/827) des sujets déclarent ne pas savoir s'ils souffrent ou non de TCA.

Également, chez les sujets ayant, au moins, réalisé une fois une PACES au cours de leur cursus universitaire et déclarant souffrir de TCA, ces TCA étaient déjà présents chez 71% (85/119) d'entre eux, 66% (78/119) ont déclaré que ces TCA sont apparus ou se sont renforcés durant la PACES, et le développement de ces troubles a été post-PACES pour 41% (49/119) d'entre eux.

Enfin, chez les sujets n'ayant pas été inscrits en PACES au cours de leur cursus universitaire et déclarant souffrir de TCA, 73% (70/96) présentaient déjà ces troubles avant le début de leurs études, 56% (54/96) ont indiqué que ces troubles sont apparus ou se sont renforcés au cours de ces études, et pour 21% (20/96) d'entre eux, ces TCA se sont développés a posteriori.

Remarque : deux sujets appartenant au profil 'PACES' sont inclus dans les étudiants 'Hors PACES'. Ces derniers y sont présents car ce sont deux étudiants qui étaient en PACES au cours de l'année universitaire 2019/2020, mais qui avait déjà précédemment étudié dans un autre domaine (lettres et biologie).

5.3.2. Flowchart de répartition

Le flowchart de répartition indique le nombre de sujets présentant ou non des TCA, selon chacun des 5 profils élaborés. Pour les sujets catégorisés comme possédant des TCA ('Avec TCA') cela correspond au cumul des sujets pour lesquels un diagnostic de TCA a déjà été posé par un médecin à ceux ayant répondu, au cours du questionnaire, pensant souffrir de TCA.

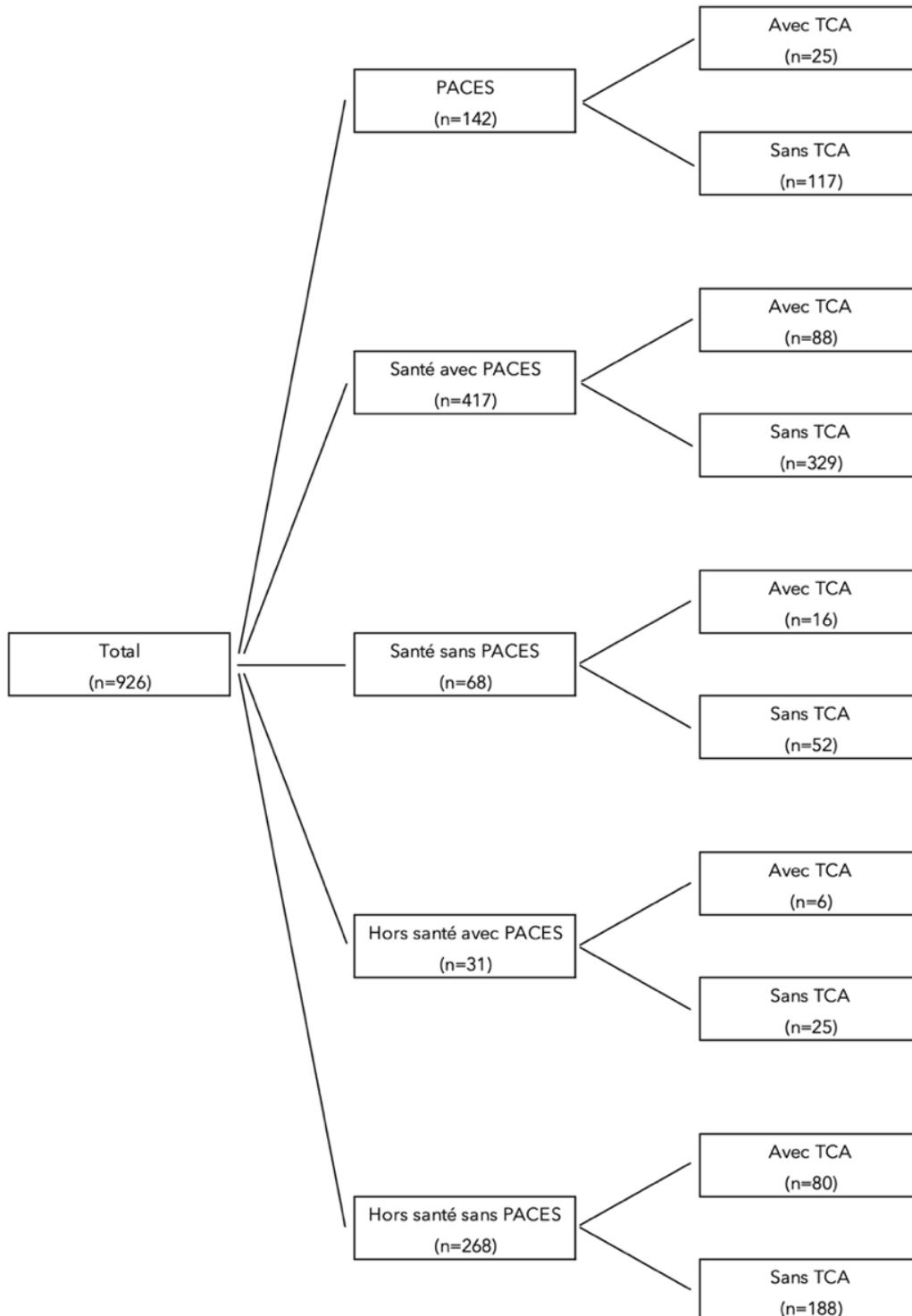


Figure 8: Prévalence des TCA en fonction du profil des sujets répondants

5.4. Résultats relatifs à la relation au corps

5.4.1. Relation au corps selon les études en cours

	PACES (n=142)	Santé avec PACES (n=417)	Santé sans PACES (n=68)	Hors santé avec PACES (n=31)	Hors santé sans PACES (n=268)
IMC (kg/m²)	20.9 [19.6 ; 23.2]	21.5 [19.7 ; 23.7]	21.4 [19.1 ; 23.3]	22.0 [20.4 ; 23.5]	21.7 [19.5 ; 24.2]
EDI-2					
Recherche de la minceur	5 [1 ; 12]	6 [2 ; 12]	5 [2 ; 12]	9 [2 ; 13]	8 [2 ; 14]
Insatisfaction par rapport à son corps	9 [3 ; 15]	9 [4 ; 14]	10 [4 ; 16]	13 [5 ; 19]	11 [4 ; 17]
Échelle évaluation de la silhouette					
Corps actuel	5.0 ± 1.8	5.3 ± 1.7	5.4 ± 1.7	5.3 ± 1.6	5.4 ± 1.8
Corps idéal	3.6 ± 1.1	3.9 ± 1.0	4.0 ± 1.1	3.9 ± 1.0	3.8 ± 1.2
Corps vu par autrui	4.6 ± 1.8	4.9 ± 1.9	4.9 ± 1.9	5.1 ± 1.8	5.0 ± 2.1
Différence actuel – idéal	1.4 ± 1.9	1.4 ± 1.5	1.4 ± 1.8	1.4 ± 1.6	1.5 ± 1.8
Différence actuel – autrui	0 [0 ; 1]	0 [0 ; 1]	0 [0 ; 1]	0 [0 ; 1]	0 [0 ; 1]
SCOFF					
Item 1 (vomir)	23 (16%)	83 (20%)	14 (21%)	6 (19%)	66 (25%)
Item 2 (contrôle)	64 (45%)	172 (41%)	28 (41%)	17 (55%)	139 (52%)
Item 3 (perte de poids)	35 (25%)	60 (14%)	18 (26%)	6 (19%)	45 (17%)
Item 4 (gros)	32 (23%)	72 (17%)	13 (19%)	5 (16%)	54 (20%)
Item 5 (place)	97 (68%)	296 (71%)	50 (74%)	26 (84%)	193 (72%)
Score ≥ 2	76 (54%)	200 (48%)	32 (47%)	19 (61%)	149 (56%)

Tableau IX: Estimation de la relation au corps des répondants en fonction de leurs études en cours

Pour l'ensemble des profils, on constate que l'IMC moyen obtenu est compris entre 20.9 et 22.0 kg/m², correspondant à une corpulence normale selon le statut nutritionnel défini par l'OMS.

Lorsque l'on s'intéresse aux résultats obtenus pour les deux dimensions étudiées par l'EDI-2, à savoir la recherche de la minceur et l'insatisfaction par rapport à son corps, on remarque que ce sont les étudiant.e.s appartenant au profil 'Hors santé avec PACES' qui obtiennent les scores les plus élevés, respectivement de 9 et 13.

Remarque : les scores maximums possibles pour ces deux dimensions sont respectivement de 21 et de 27, puisqu'ils possèdent 7 et 9 items chacun.

À propos de l'échelle d'évaluation de la silhouette, deux constats peuvent être faits, quel que soit le profil du répondant. Tout d'abord, le corps idéal est, à chaque fois, un corps qui est plus mince que celui qualifié d'actuel par le répondant. Néanmoins, aucune différence n'est relevée entre le corps que l'individu juge comme étant son corps actuel et celui qu'autrui lui attribuerait.

Pour clôturer l'étude des données obtenues via le SCOFF, on constate une proportion de score supérieur ou égal à 2 de ce dernier assez élevée, s'échelonnant entre 47% et 56%. Par ailleurs, pour l'ensemble des profils, c'est l'item 5 « *Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?* » qui recueille le plus de réponses positives, avec des propositions de positivité allant de 68 à 84% selon les groupes, celui recueillant le plus de positivité étant le profil 'Hors santé avec PACES'.

5.4.2. Relation au corps en fonction du profil du répondant

Variable réponse	PACES (n=142)	Santé avec PACES (n=417)	Santé sans PACES (n=68)	Hors santé avec PACES (n=31)	Hors santé sans PACES (n=268)	p
IMC (kg/m ²) ln-transformé*	Référence	0.01 [-0.03 ; 0.05]	-0.01 [-0.06 ; 0.04]	0.01 [-0.06 ; 0.08]	0.03 [-0.01 ; 0.07]	0.29
Score EDI2 (points)*						
Recherche de la minceur	Référence	0.61 [-0.65 ; 1.87]	-0.43 [-2.18 ; 1.33]	2.44 [0.08 ; 4.79]	1.29 [0.02 ; 2.56]	0.04
Insatisfaction par rapport à son corps	Référence	1.74 [0.26 ; 3.21]	1.60 [-0.46 ; 3.66]	3.40 [0.63 ; 6.16]	2.33 [0.83 ; 3.84]	0.02
Score SCOFF ≥ 2	Référence	0.95 [0.61 ; 1.47]	0.79 [0.42 ; 1.50]	1.74 [0.73 ; 4.11]	1.00 [0.63 ; 1.57]	0.56
Évaluation de la silhouette*						
Actuelle vs idéale (points)	Référence	0.08 [-0.26 ; 0.42]	-0.05 [-0.52 ; 0.43]	-0.06 [-0.70 ; 0.58]	0.08 [-0.26 ; 0.43]	0.95
Actuelle vs autrui (points)	Référence	0.00 [-0.17 ; 0.17]	0.04 [-0.21 ; 0.30]	-0.16 [-0.50 ; 0.18]	-0.04 [-0.22 ; 0.15]	0.82
TCA diagnostiqué ou suspecté [¶]	Référence	1.51 [0.84 ; 2.72]	1.10 [0.48 ; 2.51]	1.52 [0.53 ; 4.35]	1.89 [1.06 ; 3.37]	0.22

Tableau X: estimation de l'effet du parcours universitaire sur les variables réponses de relation au corps, après ajustement sur les variables sociodémographiques et les variables de qualité de vie pendant les études *Pente estimée. [¶] Odds-ratio estimé. p : degré de signification du test de liaison entre la variable réponse et la variable représentant le parcours universitaire, dans le modèle de régression multivarié correspondant.

Après ajustement sur les variables sociodémographiques et les variables de qualité de vie pendant les études, on ne met pas en évidence de lien entre le parcours et l'IMC ($p=0.29$), le fait d'avoir un score SCOFF ≥ 2 ($p=0.56$), la différence d'évaluation de la silhouette (actuelle – idéale : $p=0.95$, actuelle vs autrui : $p=0.82$) et un diagnostic ou une suspicion de TCA ($p=0.22$).

On met en évidence un lien entre le parcours et le score EDI-2 de recherche de la minceur ($p=0.04$), le score d'un.e étudiant.e hors santé ayant effectué une PACES et d'un.e étudiant.e hors santé sans PACES étant en moyenne plus élevé de 2.44 points IC95% [0.08 ; 4.79] et 1.29 points IC95% [0.02 ; 2.56], respectivement, que celui d'un.e étudiant.e en PACES.

On met également en évidence un lien entre le parcours et le score EDI-2 d'insatisfaction par rapport à son corps ($p=0.02$), le score d'un.e étudiant.e en santé ayant effectué une PACES, d'un.e étudiant.e hors santé ayant effectué une PACES et d'un.e étudiant.e hors santé sans PACES étant en moyenne plus élevé de 1.74 points IC95% [0.26 ; 3.21], 3.40 points IC95% [0.63 ; 6.16] et 2.33 points IC95% [0.83 ; 3.84], respectivement, que celui d'un.e étudiant.e en PACES.

5.4.3. Relation au corps et IMC

		Évaluation de la silhouette – idéale						
		1	2	3	4	5	6	7
Évaluation de la silhouette – actuelle	1	1 (8%)	2 (15%)	7 (54%)	2 (15%)	1 (8%)	0 (0%)	0 (0%)
	2	1 (2%)	6 (14%)	16 (38%)	16 (38%)	3 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
	3	2 (2%)	14 (16%)	19 (21%)	36 (40%)	17 (19%)	2 (2%)	0 (0%)
	4	4 (3%)	23 (15%)	53 (36%)	44 (30%)	24 (16%)	1 (< 1%)	0 (0%)
	5	3 (1%)	16 (7%)	86 (39%)	86 (39%)	24 (11%)	4 (2%)	0 (0%)
	6	1 (< 1%)	12 (6%)	40 (20%)	97 (49%)	48 (24%)	2 (1%)	0 (0%)
	7	3 (2%)	4 (3%)	11 (9%)	40 (33%)	55 (45%)	8 (7%)	0 (0%)
	8	4 (7%)	3 (5%)	6 (10%)	6 (10%)	24 (41%)	15 (25%)	1 (2%)
	9	1 (3%)	0 (0%)	4 (12%)	9 (27%)	8 (24%)	6 (18%)	5 (15%)

Tableau XI: Confrontation de la silhouette actuelle évaluée par le sujet face à sa silhouette idéale désirée

La légende du Tableau XI est présente ci-dessous. Par ailleurs, le code couleur choisi est intensité-dépendant ; plus la couleur est sombre et plus le pourcentage référencé est élevé.

Différence silhouette actuelle sélectionnée VS silhouette idéale sélectionnée	Pourcentage de sujets représentés				
	OUI	<5%	[5 ; 20 [[20 ; 35 [[35 ; 50 [
NON	<5%	[5 ; 20 [[20 ; 35 [

Comme indiqué dans le Tableau III, les silhouettes allant de 4 et 6 inclus sont celles associées à un IMC de corpulence normale. En dessous de la silhouette 4, l'individu possède un statut nutritionnel de dénutrition et, à partir de la silhouette 7, un statut de (pré)-obésité.

Dans le Tableau XI, on constate que ce sont les silhouettes 3 à 5 qui sont majoritairement sélectionnées comme silhouettes idéales, et ce, quelle que soit la corpulence actuelle du répondant. D'autre part, on observe qu'aucun individu s'évaluant avec une silhouette actuelle à IMC faible (silhouette ≤ 3) ne sélectionne comme silhouette idéale l'une de celle à IMC élevé (silhouette ≥ 7). Par ailleurs, cette tendance est également présente chez les personnes évaluant leur corpulence actuelle avec un IMC élevé (silhouette ≥ 7). En effet, ces individus en (pré)-obésité sélectionnent uniquement comme silhouette idéale des silhouettes à IMC de corpulence normale voire, pour certains d'entre eux, de dénutrition.

6. Discussion

Comme expliqué par Beck et al, la corpulence d'un individu et son comportement alimentaire sont largement interdépendants et le lien qui les unit est complexe (4). Cependant, tout en gardant à l'esprit les multiples interactions et la complexité des composants de ce sujet, les TCA et la relation au corps seront interprétés de manière dissociée au sein de cette discussion.

6.1. Les étudiants en santé et les TCA

6.1.1. TCA diagnostiqués par un médecin ou étudiant pensant en souffrir

Comme indiqué précédemment, on observe une prévalence des TCA de 23,2% au sein des sujets interrogés (Annexe 7). En comparaison à la prévalence estimée en population générale, cette valeur peut paraître très élevée puisque la prévalence vie entière de TCA s'élève à 8,4% chez les individus de genre féminin et à 2,2% chez ceux de genre masculin (13). Néanmoins, il est important de comparer la prévalence obtenue avec une population similaire. Effectivement, la population interrogée ici est une population étudiante jeune et il ne faut pas négliger le fait que la tranche d'âge entre 18 et 25 ans est une tranche d'âge charnière. Effectivement, elle a été identifiée comme une phase importante pour, entre autres, l'exploration et l'établissement des conduites alimentaires, des habitudes de santé et des croyances associées chez les individus. Ainsi, cette période qui prend la suite de l'adolescence offre une fenêtre de développement propice pour évaluer les facteurs prédictifs et les facteurs de risque de développer une pathologie liée à l'alimentation (7).

Pour autant, même lorsqu'elle est mise en perspective avec une population d'âge similaire, la prévalence des TCA recueillie reste supérieure à celle des études précédemment menées chez les étudiants (6)(7). En effet, dans la littérature, les valeurs mondiales relèvent la présence de TCA chez 8 à 17% des étudiants. Seule une exception avait été mise en évidence au Liban, avec des troubles relevés chez 30% des étudiants libanais. Cependant, cet écart important avait été expliqué par la répercussion mentale de la guerre chez ces étudiants.

Ici, cette majoration de la prévalence des TCA dans la population étudiée pourrait s'expliquer par le fait que ce questionnaire ait été diffusé en 2020, quelques mois après le premier confinement lié au virus de la COVID-19. Effectivement, comme avancé en juin 2022 par le docteur Bertrand, praticienne au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Toulouse, une nette augmentation de la prévalence de l'ensemble de TCA à l'issue du premier confinement a été constatée. À titre d'exemple, le nombre de séjours en hospitalisation a été multiplié par deux entre 2019 et 2020 sur ce seul CHU (43).

Cette donnée peut être mise en relation avec celles obtenues et référencées dans le Tableau VIII, dont les valeurs sont reprises dans l'Annexe 8. Ces dernières indiquent que plus de la moitié (55%) des sujets interrogés et souffrant de TCA diagnostiqués au cours de la réalisation du questionnaire ont évalué la période de confinement comme ayant eu un impact négatif sur leurs troubles. Par son caractère inédit et incertain, cette période de confinement a souvent été décrite comme génératrice de stress auprès des personnes confinées. Cependant, comme mis en évidence par Ball et Lee (7), l'effet stress sur les TCA est quasi-immédiat, ce qui peut ainsi expliquer l'impact négatif induit par cette période. Par ailleurs, plus de deux tiers des répondants ont confié avoir un niveau de stress assez important ou très important (Annexe 9). L'origine de ce stress n'est pas connue et peut parfaitement être multifactorielle mais il est possible de supposer que le confinement ait pu contribuer à ce dernier. De surcroît, il avait été montré dans des études menées ultérieurement que les TCA étaient significativement plus présents chez les sujets ayant un niveau de stress perçu élevé (7).

En outre, en effectuant un regroupement des profils selon la réalisation, ou non, d'une PACES au cours des études (Annexe 10), il apparaît que la prévalence des TCA chez les étudiants soit plus importante chez les sujets n'ayant pas effectué une PACES (28,6%) en comparaison aux étudiants s'étant inscrit en PACES au cours de leur cursus universitaire (20,2%).

De la même manière, le regroupement des profils selon la réalisation d'études de santé (Annexe 11) met en avant le fait que les étudiants en filière Hors santé sont plus exposés (28,8%) que les étudiants Santé aux TCA (20,6%).

De là, bien que la prévalence des TCA soit importante pour l'ensemble des 5 profils établis en comparaison aux données obtenues lors d'études préalables, il apparaît que celle-ci soit plus importante chez les sujets n'ayant pas effectué une PACES et chez ceux réalisant leurs études dans une filière Hors santé.

6.1.2. SCOFF ≥ 2

Tout comme pour la prévalence estimée des TCA, le taux de score SCOFF supérieur ou égal à 2 est également important (Tableau IX). Effectivement, au total, ce sont 51% des étudiants interrogés qui présentent un résultat supérieur ou égal à 2 à cette échelle diagnostique.

Ainsi, cette prévalence évaluée via le SCOFF est très élevée et les valeurs sont bien plus importantes que celles relevées jusqu'alors dans la littérature. En effet, dans l'étude menée entre 2009 et 2012 par Tavoracci et al. (6) au sein d'universités de Haute-Normandie, un SCOFF ≥ 2 avait été obtenu chez 20,5% des étudiants interrogés. Dans cette même étude, il avait été mis en évidence que l'IMC, le genre, la durée du temps de sommeil ou le fait d'avoir un travail étudiant avait un impact sur le dépistage SCOFF (6).

Il paraît, de ce fait, intéressant de comparer, et confronter, les variables étudiées dans l'étude de Tavoracci et al. avec celles étudiées dans le questionnaire.

Dans notre étude, 96,2% (891/926) des étudiants interrogés se situait dans la tranche d'âge charnière 18-25 ans, et 55,4% (494/891) d'entre eux avaient entre 18 et 21 ans. Pourtant, bien que la tranche d'âge 18-25 ans ait été identifiée comme une fenêtre de vulnérabilité dans le développement de conduites alimentaires, la variable âge ne semble pas être un critère expliquant cette notable différence, la population de l'étude antérieure ayant un âge moyen de 20,5 ans.

Également l'IMC moyen de l'étude précédente (21,4kg/m²) était, lui aussi, comparable à celui obtenu au cours de notre étude, qui s'élève à 21,5 kg/m². Cela ne semble donc pas être une explication de cette différence constatée.

Ensuite, dans notre population, la qualité de sommeil était jugée comme pas du tout ou peu importante par 31% à 45% des répondants. Cependant, les données recueillies ne semblent pas suffisantes pour qu'une corrélation puisse être établie entre celle-ci et la prévalence des TCA (Annexe 12).

Quant à la variable de statut d'emploi étudiant, elle n'a pas été explorée au sein de ce questionnaire. Il pourrait donc être intéressant d'étudier celle-ci dans une prochaine étude, afin de comparer les données obtenues à celles de l'étude antérieure.

Pour finir, dans l'étude de Tavoracci et al, le genre-ratio masculin-féminin était assez équilibré (0,57). Cela n'était pas le cas ici car la majeure partie des sujets répondants était de genre 'Féminin' (803/926 = 86,7%). Sachant que ces TCA sont prédominants chez les sujets de genre féminin, qui possèdent un risque trois fois plus élevé d'obtenir un SCOFF ≥ 2 que les individus de genre masculin (6), cette prédominance féminine peut être un élément expliquant cette telle variation entre les deux études. Néanmoins, cette surreprésentation du genre féminin n'est pas totalement surprenante car est constatée depuis plusieurs années une augmentation de la proportion d'étudiants de genre féminin dans les études universitaires, aussi bien en France que dans la plupart des pays européens (6).

Quoi qu'il en soit on remarque, à partir du score SCOFF, que plus de la moitié des répondants semblent souffrir de TCA.

Puis, tout comme dans la partie 6.1.1, l'impact du cursus universitaire sur ces TCA a été étudié. Ainsi, en effectuant un regroupement des profils selon la réalisation, ou non, d'une PACES au cours des études (Annexe 13), il apparaît que la prévalence des TCA chez les étudiants soit

plus importante chez les sujets n'ayant pas effectué une PACES (53,9%) en comparaison à ceux s'étant inscrit à cette première année au cours de leur cursus (50,0%).

De la même manière, le regroupement des profils selon la réalisation, ou non, d'études de santé (Annexe 14) met en avant le fait que les étudiants en filière Hors santé sont plus exposés (56,2%) que les étudiants Santé aux TCA (49,1%).

Dans ces conditions, on observe une proportion de score SCOFF ≥ 2 plus importante chez les sujets n'ayant pas effectué de PACES au cours de leur cursus et suivant une filière Hors santé.

6.1.3. Mise en perspective de la prévalence estimée des TCA et d'un SCOFF ≥ 2

Aussi bien via la prévalence calculée des TCA présents chez les étudiants que le nombre de SCOFF ≥ 2 obtenus via ce test diagnostique, on constate des taux estimés de TCA très élevés chez les étudiants, quel que soit leur profil (Annexe 15). Comme précédemment indiqué, ces valeurs sont plus importantes que celles relevées jusqu'à présent dans la littérature. Cela peut s'expliquer par une forte proportion de répondants de genre féminin, une tranche d'âge correspondant à celle d'une fenêtre de susceptibilité, ou encore un taux de stress élevé, possiblement lié à une période compliquée, autant de manière individuelle que collective.

Néanmoins, via la prévalence des TCA estimés et le nombre de SCOFF ≥ 2 , on remarque que les étudiants n'ayant pas suivi de PACES au cours de leur cursus universitaire et n'effectuant pas d'études dans le domaine de la santé sont plus touchés par des TCA.

Par ailleurs, on observe une importante différence entre la prévalence des TCA calculés et le taux de SCOFF ≥ 2 obtenus. En effet, on constate des prévalences qui, en moyenne, doublent, et sont multipliées jusqu'à 2,5 fois pour les sujets ayant suivi une PACES au cours de leur cursus universitaire (Annexe 16).

Cette importante différence est, a contrario, davantage marquée chez les sujets ayant réalisé une PACES durant leurs études et ceux suivant une filière Santé. Cet écart entre TCA obtenu et SCOFF ≥ 2 pourrait être expliqué par une méconnaissance de ce qu'est un TCA mais, au vu des profils des étudiants interrogés et pour lesquels la majoration est la plus importante, à savoir en cursus santé, cette explication semble être surprenante. On peut alors évoquer un potentiel déni de la part des sujets, avec un éventuel refus de reconnaître la situation à laquelle ils sont confrontés. D'autre part, une surestimation des cas positifs avec le score SCOFF est une éventualité qui ne peut être écartée, bien qu'elle semble peu probable au vu de la robustesse établie de cet élément diagnostique. Néanmoins, une sensibilisation auprès des étudiants de ce qu'est un TCA et la manière de le détecter peut donc être une action à mettre en place dans le cadre de politique de santé mentale.

6.1.4. Étudiants en santé : une population plus exposée aux TCA ?

D'une manière générale, on constate une prévalence relativement élevée de TCA, aussi bien par estimation que par mesure d'un SCOFF ≥ 2 , chez les sujets étudiés. Cependant, il ne faut pas écarter le fait que les répondants au questionnaire avaient, pour bon nombre d'entre eux, un profil possédant différents facteurs de risque au développement de TCA. Parmi eux, il est possible de citer la tranche d'âge (18-25 ans), le genre (féminin), ou encore le niveau de stress estimé.

Néanmoins, in fine, les données obtenues s'opposent donc au postulat initialement établi qui suggérait que les étudiants en PACES et en filière santé étaient davantage exposés au risque de développer des TCA.

6.2. Les étudiants en santé et leur relation au corps

6.2.1. Relation au corps et silhouette

Estimation de la silhouette

Par comparaison entre les IMC moyens calculés chez les sujets répondants et les silhouettes estimées comme corps actuel par les répondants, il semblerait qu'il y ait une adéquation entre ces deux données ([Tableau III](#)). De ce fait, cette constatation semble traduire une bonne estimation de la part des individus de leur apparence corporelle, avec une conscience appropriée de celle-ci. Cette hypothèse est, d'ailleurs, confirmée par la différence moyenne calculée entre le corps actuel et le corps perçu par autrui, qui est nulle pour l'ensemble des profils.

Volonté d'évolution de la silhouette

Vue d'ensemble : de façon macroscopique, on constate qu'il y a une concentration de la silhouette idéale située entre les silhouettes 3 à 5. Cela marque donc une volonté de la part des individus de posséder une corpulence qui, selon le statut nutritionnel, est normale ou en dénutrition.

Selon le groupe : pour l'ensemble des profils, l'IMC moyen est celui d'une corpulence normale [20.9 ; 22.0]. Néanmoins, en dépit de cela, on remarque que l'IMC moyen du corps idéal sélectionné est, pour tous les profils, celui d'une silhouette avec un IMC inférieur à celui du corps actuel. Cette observation peut être mise en perspective avec le constat d'Hubert qui, en population adulte, avait mis en avant que la moitié des femmes ayant un IMC inférieur à 25 déclaraient se trouver trop ronde (4).

Selon la silhouette actuelle : d'autre part, si l'on observe les volontés d'évolution de la silhouette des individus ([Tableau XI](#)), on constate que la tendance varie en fonction de la silhouette actuelle du sujet ([Annexe 17](#)).

- Pour les sujets en dénutrition (silhouettes 1 à 3, 15,7% des répondants) : la volonté d'évolution s'oriente plutôt vers une silhouette à la corpulence plus élevée que la silhouette actuellement évaluée. Néanmoins, plus de la moitié d'entre eux (54%) ont sélectionné la silhouette 3, c'est-à-dire avec une corpulence à l'IMC encore trop faible pour être considérée comme normale.
- Pour les sujets à corpulence normale (silhouettes 4 à 6, 61,3% des répondants) : pour 95% de ces individus, on souligne une volonté de maintenir leur silhouette actuelle ou d'en obtenir une plus fine. Néanmoins, parmi les 83% des sujets normo-pondérés qui souhaiteraient obtenir une silhouette plus fine, on constate que 41,9% d'entre eux ciblent leur silhouette idéale entre les modèles 1 à 3. Il est important de mettre cette constatation en lumière car celle-ci met en avant une volonté exacerbée de minceur de la part des sujets. La sensibilisation des sujets aux risques et dangers induits par une minceur, voire une maigreur, pourrait être un levier afin de diminuer cette tendance.
- Pour les sujets en (pré)-obésité (silhouettes 7 à 9, 23% des répondants) : pour ces individus, on remarque que la totalité d'entre eux souhaitent obtenir une silhouette moins corpulente que celle qu'ils ont actuellement. Cela peut, de ce fait, témoigner d'une prise en considération de la part des individus que leur IMC est supérieur à celui correspondant à une corpulence normale selon le statut nutritionnel. Autrement, cette volonté d'obtenir une silhouette moins corpulente pourrait traduire un potentiel mal-être de la part de ces individus qu'ils espèrent apaiser par la diminution de leur IMC. Cependant, bien que moins marquée que chez les sujets normo-pondérés, on observe également chez certains de ces sujets une volonté d'avoir une silhouette comprise entre 1 et 3.

D'une manière générale, on observe une tendance des répondants à vouloir obtenir un statut nutritionnel plus faible que celui qu'ils possèdent actuellement. Cette constatation peut, par ailleurs, être mise en corrélation avec les données obtenues dans l'EDI-2 ([Tableau IX](#)), où la recherche de la minceur était relativement marquée, notamment chez les sujets 'Hors santé'. En dépit d'une absence de barème établi pour interpréter chaque dimension de l'EDI-2, il est cependant convenu que plus le score de celui-ci est élevé et plus la prédiction de la présence

d'un TCA est élevée, de part une évaluation élevée d'attitudes et de comportements liés aux conduites alimentaires. Cette volonté constatée chez les individus interrogés peut, entre autres, être expliquée par une intégration d'un idéal de la minceur, véhiculé au sein de nos sociétés, ou encore le sentiment d'une pression sociale à être mince ; deux facteurs identifiés comme étant des facteurs de risque de développer un TCA (4). Néanmoins, cette observation est un indicateur qu'une mise en alerte des individus doit être faite en population générale afin de sensibiliser ces derniers aux risques pouvant être causés par une corpulence trop fine. Effectivement, aussi bien auprès du grand public que dans les formations de santé, ce sont souvent les dangers liés à l'obésité, à la malnutrition, ou encore à l'absence d'activité physique qui sont mis en lumière et beaucoup moins souvent ceux liés à une sous-alimentation, une dénutrition ou une pratique sportive excessive, voire obsessionnelle. Équilibrer la sensibilisation auprès des différents acteurs semble donc être fondamentale afin d'éviter des comportements dangereux, aussi bien liés à la sous- qu'à la sur-corpulence.

6.2.2. Relation au corps et insatisfaction corporelle

Insatisfaction corporelle estimée par l'EDI-2

Dans notre population, l'insatisfaction corporelle estimée par l'EDI-2 est relativement élevée car le score de cet item s'élève au minimum à 9 (Tableau IX). Pour cette donnée, ce sont également les sujets 'Hors santé' qui expriment le plus cette insatisfaction. Pour ces deux profils, il est par ailleurs à noter que leurs IMC moyens, bien qu'exprimant très clairement une corpulence normale, sont ceux qui sont les plus élevés parmi les cinq profils dressés. Ainsi, cette donnée pourrait être un élément explicatif à cette insatisfaction, véhiculée et appuyée par la minceur perçue comme un idéal corporelle (4).

D'autre part, en prenant pour référence les scores EDI-2 obtenus chez les étudiants en PACES, on constate une significative différence avec ceux des autres profils. En effet, ce sont chez ces sujets que l'insatisfaction par rapport au corps est la moins marquée alors qu'en parallèle, ce score est beaucoup plus élevé chez les étudiants 'Hors santé'. Cette majoration est présente aussi bien chez les sujets 'Hors santé' ayant effectué, ou non, une PACES au cours de leur cursus universitaire, avec un score respectivement plus élevé de 2.44 et 1.29 points par rapport aux sujets PACES (Tableau X).

Insatisfaction corporelle estimée par les silhouettes

En confrontant la répartition des silhouettes, entre silhouette actuelle estimée et silhouette idéale souhaitée, on constate une tendance très marquée d'obtenir une silhouette mince, voire maigre (Annexe 18).

Cependant, lors de l'évaluation de la différence entre corps actuel et corps idéal, on remarque que la différence moyenne est strictement identique pour l'ensemble des profils (1.4). Ainsi, malgré une volonté moins explicitement exprimée par l'EDI-2, on remarque qu'en pratique, cette volonté est du même ordre de grandeur pour l'ensemble des profils.

Bilan de l'insatisfaction corporelle

Une étude menée en France auprès d'étudiantes en Diplôme d'Études Universitaires générales de psychologie a mis en évidence que plus d'un tiers des étudiantes (34,6%) interrogées déclaraient que leur poids ainsi que leurs formes corporelles influençaient largement l'opinion et l'estime qu'elles avaient d'elles-mêmes (7). De plus, une faible estime de soi a été identifiée comme étant un facteur de vulnérabilité de développer un TCA.

Néanmoins, les données précédemment obtenues et exposés sont relativement étonnantes car elles s'opposent totalement à l'un des postulats qui avait été initialement formulé, à savoir que l'insatisfaction corporelle était plus marquée chez les étudiants en PACES. Elles sont pourtant concordantes avec celles obtenues dans la partie précédente relative au rapport des étudiants en santé avec les TCA.

6.3. Limites de l'étude

6.3.1. Biais de sélection

La majeure partie des sujets ayant répondu au questionnaire sont de genre féminin (803/926 = 86,7%). Sachant que la proportion de personnes atteintes, ou potentiellement atteintes, de TCA en population générale sont de genre féminin, il ne faut pas exclure la potentialité d'une surestimation de la prévalence de ces troubles dans la population étudiée.

D'autre part, dans cette même population, 494 répondants avaient entre 18 et 21 ans (soit 53,3% de la population totale). Cette tranche d'âge est charnière pour les personnes souffrant d'AM ou de BN car elle correspond respectivement au second et au premier pic d'incidence pour ces deux pathologies. Ainsi, il faut garder à l'esprit que les étudiant.e.s interrogé.e.s sont dans une période d'exposition à ces pathologies, et donc présentent une vulnérabilité plus importante.

6.3.2. Intérêt des répondants pour le sujet

Une présentation du questionnaire accompagnant ce dernier au cours de sa diffusion, les potentiels répondants savaient dès le départ quel était le sujet abordé dans celui-ci. On peut ainsi supposer que les personnes ayant un intérêt pour ce thème y ait répondu plus facilement, et peut-être en plus grand nombre.

6.3.3. Nombre de réponses incomplètes

La proportion de réponses incomplètes était relativement importante, s'élevant à 52,7%, soit 1240 répondants sur les 2166 réponses totales. D'une part, cela peut s'expliquer par le nombre important de questions que comportait le questionnaire, le rendant relativement long. D'autre part, certains étudiants ont pu cesser de répondre aux questions car ils ne souhaitaient pas divulguer davantage d'informations ou de précisions sur eux, demandées dans certains items.

6.3.4. Refus de répondre

Au cours de la période d'accès du questionnaire, il est arrivé de recevoir des messages dans lequel les personnes expéditrices indiquaient, qu'en dépit d'une volonté de répondre au questionnaire, elles ne le feraient pas par peur d'être identifiées via leurs réponses. Cette démarche témoigne de la pleine conscience, de la part de ces personnes, de la présence potentielle de TCA ou d'une relation non sereine vis-à-vis de leur corps. Néanmoins, on peut supposer que ces cas manifestés d'évitement volontaire ne sont pas isolés, laissant penser qu'un nombre plus important de sujets a refusé de répondre au questionnaire, par connaissance et conscientisation de leur mal-être.

6.3.5. Validité des informations fournies

Dans le prolongement du biais précédemment détaillé, on peut également évoquer celui des informations indiquées dans le questionnaire. En effet, certaines données, bien que sensibles, devaient obligatoirement être indiquées pour compléter le questionnaire. Cela était, par exemple, le cas du poids et de la taille. Des valeurs aberrantes ont été relevées au cours de l'analyse (telles qu'un poids de 0, 5 ou encore 564 kilogrammes). Ces données n'ont, de ce fait, pas permis d'effectuer certaines analyses pour ces individus, telle que le calcul d'IMC afin de le corréliser aux différentes figures corporelles de représentativité (corps perçu par soi-même, par les autres, corps idéal). Cependant, connaissant la difficulté pour les personnes atteintes de TCA de diffuser ce type d'informations, cette démarche de non-transmission n'est pas étonnante.

Également, il est important de ne pas oublier le potentiel biais de mémorisation. En effet, en fonction du ressenti de l'individu, ce biais peut tout aussi bien minimiser que majorer une situation vécue.

6.3.6. Détection des TCA

Par ailleurs, bien que trois TCA uniquement soient officiellement reconnus par le DSM-V, il est important de garder à l'esprit que de nouveaux troubles relatifs au comportement alimentaire existent, à l'image du pica, de l'orthorexie ou encore des troubles de l'oralité. Cependant, le diagnostic et la prise en charge de ces derniers restent, à l'heure actuelle, relativement complexes.

Conclusion

Les différentes analyses menées via cette étude amènent à la conclusion que ce sont les étudiants effectuant un cursus 'Hors santé' qui sont les plus touchés par la survenue de TCA et qui entretiennent une relation plus complexe avec leur corps, caractérisée notamment par une insatisfaction corporelle et une recherche de la minceur.

Ces résultats sont surprenants car ils s'opposent au postulat initialement formulé, qui supposait que les étudiants en PACES étaient les sujets les plus sensibles et à risque de présenter ces manifestations, à la fois physiques et psychiques. Néanmoins, il est important de souligner que, quel que soit le profil du répondant, aussi bien en filière santé qu'hors santé, une majoration importante de ces TCA a été constatée en comparaison aux données actuelles de la littérature.

Par ailleurs, au-delà d'être en contradiction avec l'hypothèse initiale, ces résultats sont, par la même occasion, en opposition avec la pensée du grand public. En effet, les études de santé, et plus particulièrement l'année de PACES, sont souvent décrites comme davantage stressantes et complexes. Cette qualification collective laisse donc supposer que les étudiants en filière santé sont, ainsi, plus sujets à développer des pathologies résultantes de l'importante charge imposée par leurs études.

Quoi qu'il en soit, une prévention ainsi qu'une sensibilisation de la population semble être fondamentale pour faire connaître ces troubles et apprendre à les repérer, afin de favoriser la prise en charge des patients touchés par ceux-ci. Pour cela, des actions sont déjà mises en place en ce sens, à l'image de la Journée mondiale de sensibilisation aux troubles des conduites alimentaires (*World Eating Disorders Action Day*), instaurée en 2017, et qui a lieu chaque 2 juin.

En conclusion, le pharmacien, interlocuteur de santé privilégié, a un rôle clé à jouer dans la prévention et l'instruction des TCA auprès du grand public. En effet, la relation de proximité qu'il entretient avec ses patients lui permet d'être en première ligne pour accomplir cette sensibilisation et instruction à grande échelle de la population à propos des TCA et de leurs néfastes conséquences en cas de non prise en charge.

Annexes

Tableau 1

Matrice factorielle de la solution à trois facteurs du Body Esteem Scale ($n = 835$).

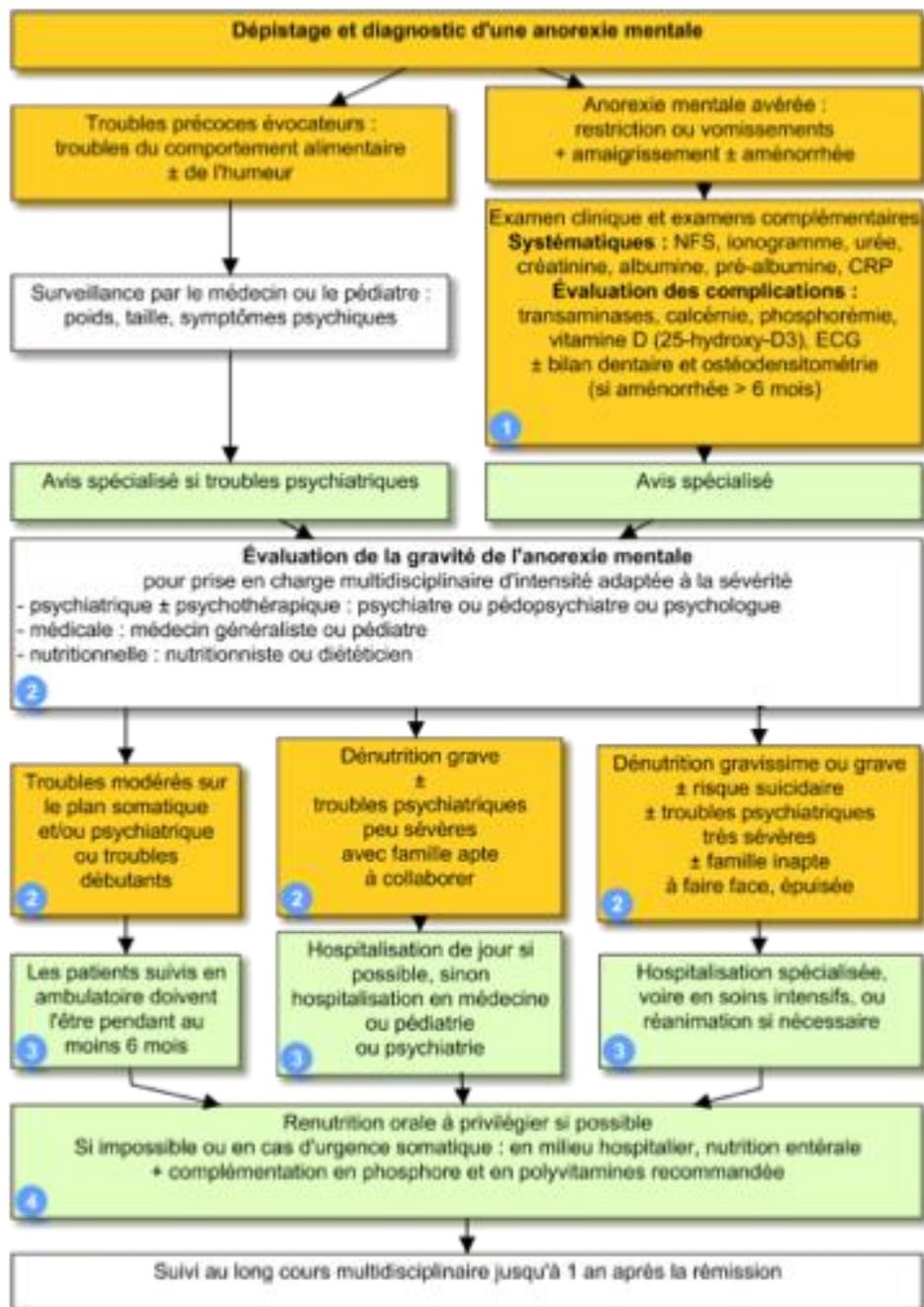
Factorial Matrix of the three factor solution for Body Esteem Scale ($n = 835$).

Items	M	ET	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
1. J'aime ce que je représente en photo	3,00	0,82		0,58	
2. Les autres me trouvent beau	3,31	0,76		0,72	
3. Je suis fier de mon corps ^a	2,65	1,03	0,57		
4. Je suis préoccupé par l'envie de modifier ma masse corporelle	2,71	1,38	0,77		
5. Je pense que mon apparence pourrait m'aider à obtenir un travail ^a	2,60	1,23			
6. J'aime ce que je vois lorsque je me regarde dans un miroir	2,79	0,94		0,60	
7. Il y a beaucoup de choses que je changerais à mon apparence si je le pouvais	2,62	1,20			0,59
8. Je suis content de mon poids	2,58	1,34	0,88		
9. J'aimerais être plus beau	2,37	1,14			0,69
10. J'aime vraiment mon poids	2,20	1,31	0,85		
11. J'aimerais ressembler à quelqu'un d'autre	3,78	1,29			0,73
12. Les personnes de mon âge apprécient mon apparence	3,34	0,88		0,72	
13. Mon apparence me dérange	3,55	1,16			0,61
14. Je suis aussi beau que la plupart des gens	2,92	1,01		0,63	
15. Je suis plutôt content de mon apparence	3,04	1,00		0,60	
16. Je pense que mon poids est proportionnel à ma taille	3,07	1,35	0,69		
17. J'ai honte de mon apparence	3,99	1,12			0,60
18. Me peser me déprime	3,32	1,45	0,69		
19. Mon poids me rend malheureux	3,77	1,29	0,66		
20. Mon apparence m'aide à obtenir des rendez-vous amoureux	2,63	1,22		0,67	
21. Je suis préoccupé par mon apparence	2,67	1,23			0,58
22. Je pense que mon corps est bien	2,80	1,11	0,64		
23. J'ai l'air aussi beau que je le souhaiterais	2,43	1,08		0,55	
Variance expliquée			5,23	4,16	3,33
Part de la variance totale			0,23	0,18	0,15

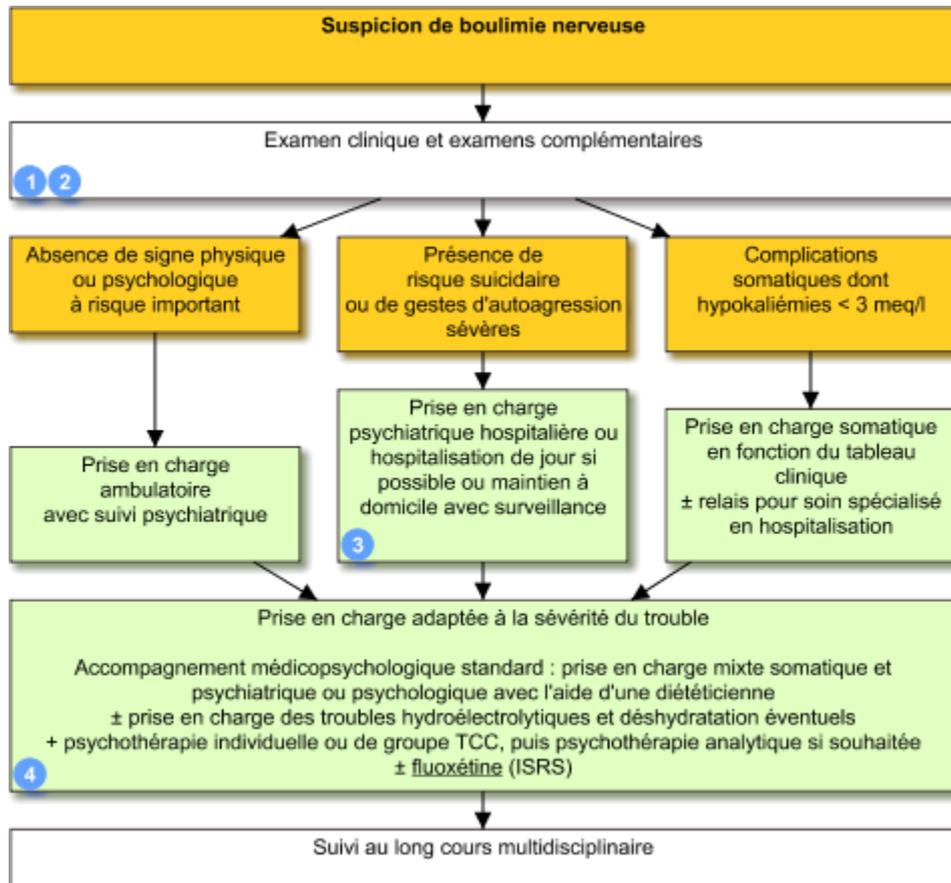
Facteur 1 : satisfaction par rapport au poids ; facteur 2 : satisfaction par rapport à l'apparence générale ; facteur 3 : désir de changement et affects négatifs associés à l'apparence générale.

^a L'item 5 a été exclu de l'analyse.

Annexe 1: Matrice factorielle de la solution à trois facteurs du Body Esteem Scale



Annexe 2: Prise en charge de l'anorexie mentale (10)



Annexe 3: Prise en charge de la boulimie nerveuse (10)

RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Relation au corps et trouble du comportement alimentaire chez les étudiants en santé
Référence Registre DPO : 2020-156
Responsable du traitement / Chargé de la mise en œuvre : M. Bertrand DECAUDIN Interlocuteur : Mme Cécile CATELIN
Spécificités : <i>Absence de collecte de données personnelles (Exonération de déclaration pour anonymisation à la source)</i>

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 11 septembre 2020

Délégué à la Protection des Données



Relation au corps et Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) chez les étudiants en santé

Bonjour à tous!

Je m'appelle Cécile et j'entame ma 6ème année de pharmacie, filière industrie. Extrêmement intéressée par la survenue et le fonctionnement des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA), j'ai décidé de réaliser ma thèse sur la relation au corps et les TCA chez les étudiants en santé.

Pour cela, je fais appel à tout étudiant post-bac au cours de l'année universitaire 2019-2020, afin de répondre à ce questionnaire. Promis, cela ne va pas vous prendre plus de 10 minutes et le temps que vous allez consacrer pour inscrire vos réponses me sera d'une aide précieuse! Merci énormément pour votre aide!

Pour vos réponses concernant vos études, merci de vous baser sur l'**année universitaire qui s'est achevée (2019-2020)**.

Informations supplémentaires :

Au cours de la rédaction des réponses libres, veuillez ne pas divulguer d'information qui pourrait permettre de vous identifier, en levant l'anonymat. Les données collectées le seront anonymement et permettront d'analyser les résultats. Elles seront conservées pendant la durée de la rédaction de la thèse et jusqu'à la publication des résultats dans le système d'information de l'organisme responsable de la recherche puis seront archivées pendant 10 ans à l'issue de cette dernière.

La participation à cette étude est libre et n'entraîne pas de contribution financière de votre part.

Pour toute question, vous pouvez me contacter avant, pendant et après la durée de diffusion du questionnaire à l'adresse suivante : cecile.catelin.etu@univ-lille.fr

Si la réponse à votre question n'est pas obtenue dans un délai d'un mois, il est possible que vous portiez réclamation auprès de la CNIL.

Merci d'avance pour l'intérêt que vous porterez à ce questionnaire.

Il y a 35 questions dans ce questionnaire.

Questions de présentation

Quel est votre genre ?

*

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
- Masculin
- Autre

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous? *

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 18 ans
- Entre 18 et 21 ans inclus
- Entre 22 et 25 ans inclus
- Plus de 25 ans

Quelle est votre taille ? (en cm) *

📌 Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

📌 Votre réponse doit être comprise entre 100 et 220

Veuillez écrire votre réponse ici :

Ecrire votre taille en cm

Quel est votre poids ? (en kg) *

📌 Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

Ecrire votre poids en kg

Questions à propos de vos études

En 2019/2020, combien d'années universitaires s'étaient écoulées depuis l'obtention de votre bac? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse n'était PAS '3' à la question '4 [Q0104]' (Quel est votre poids ? (en kg))

● Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

Exemple : vous avez obtenu votre bac au cours de l'année scolaire 2012/2013, cela faisait donc 7 années post-bac en 2019/2020

Quel était votre domaine d'études au cours de l'année universitaire 2019-2020 ? *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Agriculture
- Education
- Ingénierie, industries de transformation et production
- Lettres et arts
- Protection sociale
- Santé
- Sciences
- Sciences sociales, commerce et droit
- Services
- Autre

Pour les étudiants en santé, quelle était votre filière ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Santé' à la question '6 [Q0202]' (Quel était votre domaine d'études au cours de l'année universitaire 2019-2020 ?)

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- PACES
- Dentaire
- Infirmier
- Kinésithérapie
- Maïeutique
- Médecine
- Pharmacie
- Autre

Etait-ce votre... *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

Q0203.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56681) == "A7"

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Première PACES
- Seconde PACES
- Troisième PACES
- Autre

A quel niveau d'études étiez-vous au cours de l'année universitaire 2019-2020 ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

Q0202.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56680) != "A5" or (Q0202.NAOK

(/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56680) == "A5" and (Q0203.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56681) == "A2") or (Q0203.NAOK

(/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56681) == "oth-"))

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- BTS/DUT/prépa, 1ère année
- BTS/DUT/prépa, 2ème année
- Licence 1
- Licence 2
- Licence 3
- Master 1
- Master 2
- Autre

Quel était votre niveau d'études au cours de l'année universitaire 2019-2020? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Pharmacie' ou 'Dentaire' ou 'Médecine' ou 'Maïeutique' ou 'Kinésithérapie' à la question '7 [Q0203]' (Pour les étudiants en santé, quelle était votre filière ?)

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- P2 DENTAIRE / K1 KINE / P2 SAGE-FEMME / MED-2 / 2A PHARMA
- P3 DENTAIRE / K2 KINE / P3 SAGE-FEMME / MED-3 / 3A PHARMA
- D4 DENTAIRE / K3 KINE / P4 SAGE-FEMME / MED-4 / 4A PHARMA
- D5 DENTAIRE / K4 KINE / P5 SAGE-FEMME / MED-5 / 5A PHARMA
- T1 DENTAIRE / MED-6 / 6A PHARMA
- Autre

Avez-vous été inscrit en PACES au cours de vos études ? PACES = Première Année Commune aux Etudes de Santé

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse n'était PAS 'PACES' à la question '7 [Q0203]' (Pour les étudiants en santé, quelle était votre filière ?)

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si oui, combien de temps ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '11 [Q0208]' (Avez-vous été inscrit en PACES au cours de vos études ? PACES = Première Année Commune aux Etudes de Santé)

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Moins d'une année

1 année

2 années

3 années

Autre

Avez-vous réussi le concours ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((Q0209.NAOK

(/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/62386) == "A2") or

(Q0209.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/62386)

== "A3") or (Q0209.NAOK

(/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/62386) == "A4") or

(Q0203.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56681)

== "A7"))

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui, avec spécialité désirée

Oui, mais spécialité non désirée

Non

Autre

Quelle est votre orientation pour cette rentrée universitaire 2020-2021 ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'PACES' à la question '7 [Q0203]' (Pour les étudiants en santé, quelle était votre filière ?)

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Dentaire (P2)

Kinésithérapie (K1)

Maïeutique (P2)

Médecine (MED-2)

Pharmacie (2A)

Réorientation

Redoublement

Triplement

Autre

Cochez la(les) situation.s pour la(es)quelle.s vous êtes concerné.e

● Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

Vous avez redoublé au cours de vos années universitaires (si oui, précisez la(les)quelle.s)

Vous avez fait une passerelle d'une filière santé vers une autre filière santé (si oui, veuillez préciser de quelle filière à quelle autre)

Vous avez fait une passerelle d'une filière non-santé vers une filière santé (si oui, veuillez préciser de quelle filière à quelle autre)

Vous avez accédé à vos études de kiné sans passer par la PACES (si oui, veuillez préciser : STAPS, ILIS, ...)

Avez-vous étudié dans un autre domaine avant d'être en PACES?

Si oui, veuillez préciser lequel *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

```
((Q0203.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56681) == "A7") and (Q0204.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/62388) == "A1") and (Q0201.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/58891) != "1")) or ((Q0203.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56681) == "A7") and (Q0204.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/62388) == "A2") and (Q0201.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/58891) != "2")) or ((Q0203.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56681) == "A7") and (Q0204.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/62388) == "A3") and (Q0201.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/58891) != "3")) or ((Q0203.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56681) == "A1") and (Q0208.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/62385) == "A1")) or ((Q0203.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56681) == "A3") and (Q0208.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/62385) == "A1")) or ((Q0203.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56681) == "A4") and (Q0208.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/62385) == "A1")) or ((Q0203.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56681) == "A5") and (Q0208.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/62385) == "A1")) or ((Q0203.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56681) == "A6") and (Q0208.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/62385) == "A1"))
```

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Faites le commentaire de votre choix ici :

Veillez ne pas divulguer d'information qui leverait l'anonymat de votre réponse et permettrait de vous identifier

Quelle est la faculté dans laquelle vous avez effectué votre dernière PACES? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

(Q0208.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/62385) == "A1") or (Q0203.NAOK

(/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56681) == "A7")

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Amiens
- Angers
- Antilles et de la Guyane (Guadeloupe)
- Aix-Marseille
- Auvergne
- Bordeaux 2 - Victor Segalen
- Bretagne Occidentale
- Bourgogne
- Caen Basse-Normandie
- Corse
- Grenoble Rhône-Alpes
- Franche-Comté
- La Réunion
- Lille 2 Droit et Santé
- Lille, université catholique
- Limoges
- Lyon Est, Lyon 1
- Lyon Sud, Charles Mérieux
- Lorraine
- Montpellier
- Nantes
- Nice Sophia-Antipolis
- Nouvelle-Calédonie
- Paris Descartes
- Paris Diderot
- Paris Est Créteil Val-de-Marne

- Paris Nord 13
 Paris Sud 11
 Poitiers
 Polynésie française
 Reims Champagne-Ardenne
 Rennes I
 Rouen
 Saint-Etienne, Jean Monnet
 Sorbonne
 Strasbourg, Louis Pasteur
 Toulouse Purpan, Paul Sabatier
 Toulouse Rangueil, Paul Sabatier
 Tours, François Rabelais
 Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines (USVQ)
 Autre

Où avez-vous vécu au cours de votre(vos) PACES?

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
(Q0208.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/62385) == "A1") or (Q0203.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56681) == "A7")

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Seul.e	Chez vos parents	En colocation	En couple	Autre
1ère PACES	<input type="radio"/>				
2ème PACES	<input type="radio"/>				
3ème PACES	<input type="radio"/>				

Où avez-vous vécu au cours de l'année universitaire 2019-2020? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
 La réponse n'était PAS 'PACES' à la question '7 [Q0203]' (Pour les étudiants en santé, quelle était votre filière ?)

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Seul.e
 Chez vos parents
 En colocation
 En couple
 Autre

Pendant votre(vos) année(s) de PACES, votre poids a-t-il changé ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
Q0203.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56681) == "A7" or Q0208.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/62385) == "A1"

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Diminution	Augmentation	Pas de modification	Entre 0kg et 5kg	Entre 5kg et 10kg	Plus de 10kg	Pas de modification
1ère PACES	<input type="radio"/>						
2ème PACES	<input type="radio"/>						
3ème PACES	<input type="radio"/>						

Avez-vous un commentaire à ajouter sur cette période de votre vie? (ambiance, pression, rythme, ...)

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

Q0208.NAOK (`(/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/62385)`

`== "A1" or Q0203.NAOK`

`(/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56681) == "A7"`

Veuillez écrire votre réponse ici :

Veuillez ne pas divulguer d'information qui lèverait l'anonymat de votre réponse et permettrait de vous identifier

Questionnaire de stress

Durant vos années universitaires (hors PACES), à combien estimeriez-vous... *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

(Q0203.NAOK

`(/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56681) != "A7")`

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout important	Peu important	Neutre	Assez important	Très important
vous motivation à réviser?	<input type="radio"/>				
vous quantité de travail?	<input type="radio"/>				
vous stress?	<input type="radio"/>				
vous sentiment de stress/anxiété à l'approche des examens?	<input type="radio"/>				
vous sensation d'être débordé.e?	<input type="radio"/>				
vous qualité de sommeil?	<input type="radio"/>				
la pratique d'une activité physique?	<input type="radio"/>				
vous qualité d'interaction sociale?	<input type="radio"/>				

Durant votre PACES, à combien estimeriez-vous... *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

Q0203.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56681)

== "A7" or Q0208.NAOK

(/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/62385) == "A1"

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout important	Peu important	Neutre	Assez important	Très important
vosre motivation à réviser?	<input type="radio"/>				
vosre quantité de travail?	<input type="radio"/>				
vosre stress?	<input type="radio"/>				
vosre sentiment de stress/anxiété à l'approche des examens?	<input type="radio"/>				
vosre sensation d'être débordé.e?	<input type="radio"/>				
vosre qualité de sommeil?	<input type="radio"/>				
la pratique d'une activité physique?	<input type="radio"/>				
vosre qualité d'interaction sociale?	<input type="radio"/>				

Question sur la relation au corps

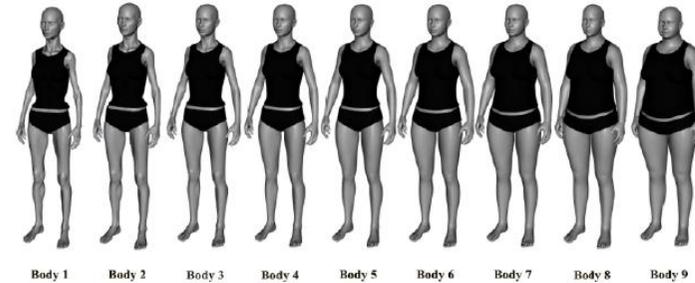
Eating Disorder Inventory-2 *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Toujours	En général	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
Je mange des sucreries et des hydrates de carbone sans crainte.	<input type="radio"/>					
Je trouve mon ventre trop gros	<input type="radio"/>					
Je mange quand je suis ému(e) / bouleversé(e) / contrarié(e)	<input type="radio"/>					
Je pense à faire un régime alimentaire.	<input type="radio"/>					
Je trouve mes cuisses trop grosses.	<input type="radio"/>					
Je me sens extrêmement coupable quand j'ai trop mangé.	<input type="radio"/>					
Je trouve que mon ventre est juste à la bonne taille.	<input type="radio"/>					
J'ai très peur de prendre du poids.	<input type="radio"/>					
Je suis satisfait(e) de la forme de mon corps (de ma silhouette).	<input type="radio"/>					
J'exagère l'importance de mon poids.	<input type="radio"/>					
J'aime bien la forme de mes fesses.	<input type="radio"/>					
Je suis préoccupé(e) par le désir d'être plus mince.	<input type="radio"/>					

	Toujours	En général	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
Je trouve mes hanches trop larges.	<input type="radio"/>					
Si je prends 500 grammes, j'ai peur de continuer à prendre du poids.	<input type="radio"/>					
J'ai l'idée d'essayer de vomir pour perdre du poids.	<input type="radio"/>					
Je trouve mes cuisses juste à la bonne taille.	<input type="radio"/>					
Je trouve mes fesses trop grosses.	<input type="radio"/>					
Je trouve mes hanches juste à la bonne taille.	<input type="radio"/>					
Manger pour le plaisir est un signe de faiblesse morale.	<input type="radio"/>					
Je suis gêné(e) par mes besoins corporels.	<input type="radio"/>					

Echelle évaluation de la silhouette



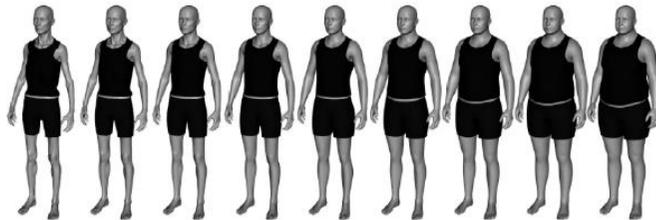
*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Féminin' à la question '1 [Q0101]' (Quel est votre genre ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quelle figure représente, selon vous, votre corps actuel?	<input type="radio"/>								
Quelle figure représente, selon vous, votre corps idéal?	<input type="radio"/>								
Quelle figure, selon vous, autrui attribuerait-il à votre corps?	<input type="radio"/>								

Echelle évaluation de la silhouette



Body 1 Body 2 Body 3 Body 4 Body 5 Body 6 Body 7 Body 8 Body 9

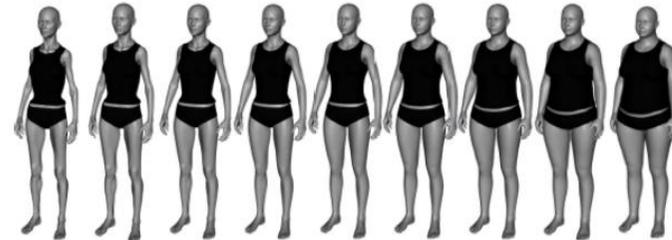
*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Masculin' à la question '1 [Q0101]' (Quel est votre genre ?)

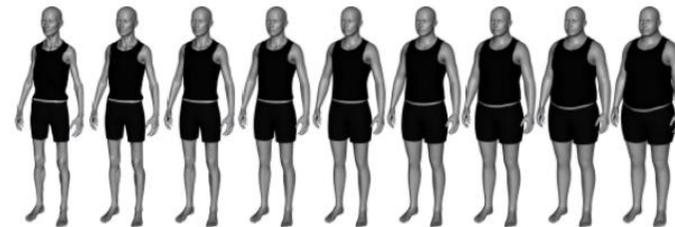
Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quelle figure représente, selon vous, votre corps actuel?	<input type="radio"/>								
Quelle figure représente, selon vous, votre corps idéal?	<input type="radio"/>								
Quelle figure, selon vous, autrui attribuerait-il à votre corps?	<input type="radio"/>								

Echelle évaluation de la silhouette



Body 1 Body 2 Body 3 Body 4 Body 5 Body 6 Body 7 Body 8 Body 9



Body 1 Body 2 Body 3 Body 4 Body 5 Body 6 Body 7 Body 8 Body 9

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Autre' à la question '1 [Q0101]' (Quel est votre genre ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quelle figure représente, selon vous, votre corps actuel?	<input type="radio"/>								
Quelle figure représente, selon vous, votre corps idéal?	<input type="radio"/>								

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quelle figure, selon vous, autrui attribuerait-il à votre corps?	<input type="radio"/>								

Les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA)

Questionnaire de SCOFF *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non
Vous êtes vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien "l'estomac plein"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de 3 mois?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

L'un de vos proches souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de TCA? *

☛ Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Mère
- Père
- Soeur
- Frère
- Grand-mère maternelle
- Grand-père maternel
- Grand-mère paternelle
- Grand-père paternel
- Non, aucun de ces membres familiaux

Autre:

Un médecin a-t-il déjà diagnostiqué chez vous des TCA? *

☛ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si oui, souffrez-vous encore actuellement de ces TCA? Vous pouvez ajouter un commentaire si vous le souhaitez *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '30 [Q0503]' (Un médecin a-t-il déjà diagnostiqué chez vous des TCA?)

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Faites le commentaire de votre choix ici :

Veillez ne pas divulguer d'information qui lèverait l'anonymat de votre réponse et permettrait de vous identifier

Si non, pensez-vous souffrir de TCA? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

Q0503.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3437/qid/60177) == "A2"

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non
 Ne sait pas

Si oui, la période de confinement, provoquée par le COVID, a-t-elle eu un impact, sur ces derniers? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '31 [Q05040]' (Si oui, souffrez-vous encore actuellement de ces TCA? Vous pouvez ajouter un commentaire si vous le souhaitez)

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, un impact positif
 Oui, un impact négatif
 Non, elle n'a pas eu d'impact
 Autre

Ces troubles du comportement alimentaire... *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((Q0203.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56681) == "A7") or (Q0208.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/62385) == "A1")) and ((Q0503.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3437/qid/60177) == "A1") or (Q0504N.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3437/qid/62398) == "A1"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non
étaient-ils déjà présents avant votre PACES?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
se sont-ils développés/renforcés au cours de votre PACES?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
se sont-ils développés après votre PACES?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ces troubles du comportement alimentaire... *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

(Q0203.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/56681)

!= "A7" or Q0204B.NAOK

(/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3428/qid/62399) == "A1") and

(Q0503.NAOK (/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3437/qid/60177)

== "A1" or Q0504N.NAOK

(/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/796757/gid/3437/qid/62398) == "A1")

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non
étaient-ils présents déjà avant votre(vos) année.s universitaire.s? (hors PACES, si concerné.e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
se sont-ils développés au cours de votre(vos) année.s universitaire.s? (hors PACES, si concerné.e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
se sont-ils développés après votre(vos) année.s universitaire.s? (hors PACES, si concerné.e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hop, ça y est, vous venez de terminer de répondre à ce questionnaire. Un immense merci pour l'aide que vous m'avez apportée en répondant à ces questions et pour le temps que vous y avez consacré!

Merci beaucoup!

16.11.2020 – 13:53

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Table d'indice de masse corporelle (IMC)

L'indice de masse corporelle (IMC) permet d'estimer l'excès de masse grasse dans le corps et de définir la corpulence. Plus l'IMC augmente et plus les risques liés à l'obésité sont importants. Pour le calculer, il suffit de diviser le poids (en kg) par la taille (en mètres) au carré. $IMC (kg/m^2) = \text{poids (kg)} / \text{taille (m)} \times \text{taille (m)}$

Taille (en mètres)	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106	108	110	112	114	116	118	120	122	124	126	128	130	132	134	136	140	142	144	146	148	150	152	154	156	160	162					
2,10	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41		
2,08	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	
2,06	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	
2,04	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	23	24	24	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	
2,02	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41		
2,00	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41		
1,98	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41		
1,96	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41			
1,94	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41			
1,92	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41			
1,90	17	18	19	20	21	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43
1,88	17	18	19	20	21	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43
1,86	17	18	19	20	21	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43
1,84	18	19	20	21	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43	
1,82	18	19	20	21	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43	
1,80	19	20	21	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43		
1,78	19	20	21	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43		
1,76	19	20	21	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43		
1,74	20	21	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43			
1,72	20	21	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43			
1,70	21	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43				
1,68	21	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43				
1,66	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43					
1,64	22	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43					
1,62	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43						
1,60	23	24	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43						
1,58	24	25	25	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43								
1,56	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43										
1,54	26	27	27	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43											
1,52	27	28	28	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43													
1,50	28	29	29	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39	40	40	41	41	42	42	43	43															

Classification de l'IMC¹

	IMC en kg/m ²
Poids normal	18,5-24,9
Surpoids	25-29,9
Obésité classe I	30-34,9
Obésité classe II (sévère)	35-39,9
Obésité classe III (massive)	≥ 40

1. World Health Organization. BMI classification 2004. <http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html> (consulté le 30-06-2008)

Profil	PACES	Santé avec PACES	Santé sans PACES	Hors santé avec PACES	Hors santé sans PACES	Total
Prévalence de TCA	25/142 = 17,61%	88/417 = 21,10%	16/68 = 23,53%	6/31 = 19,35%	80/268 = 29,85%	215/926 = 23,21%

Annexe 7: Prévalence estimée des TCA selon le profil du répondant

Profil du sujet	PACES	Santé avec PACES	Santé sans PACES	Hors santé avec PACES	Hors santé sans PACES	Total
TCA diagnostiqué et actuel	11/142	22/417	6/68	0/31	30/268	69/926 (7%)
Impact négatif	8/11 (73%)	9/22 (41%)	4/6 (67%)	NA	17/30 (57%)	38/69 (55%)

Annexe 8: Évaluation de l'impact négatif du premier confinement sur les sujets souffrant durant ce dernier de TCA diagnostiqués par un professionnel de santé

Profil du sujet	Stress				
	PACES (n=142)	Santé avec PACES (n=417)	Santé sans PACES (n=68)	Hors santé avec PACES (n=31)	Hors santé sans PACES (n=268)
Pas du tout important	5 (4%)	12 (3%)	1 (1%)	0 (0%)	4 (1%)
Peu important	6 (4%)	44 (11%)	8 (12%)	3 (10%)	22 (8%)
Neutre	10 (7%)	76 (18%)	11 (16%)	6 (19%)	35 (13%)
Assez important	48 (34%)	201 (48%)	24 (35%)	18 (58%)	109 (41%)
Très important	73 (51%)	84 (20%)	24 (35%)	4 (13%)	98 (37%)
Somme Stress Assez important + Très important	121/142 = 85,21%	285/417 = 68,35%	48/68 = 70,59%	22/31 = 70,97%	207/268 = 77,24%

Annexe 9: Estimation du stress selon le profil du répondant

	Prévalence de TCA
Sujets avec PACES (PACES + Santé avec PACES + Hors santé avec PACES)	119/59 = 20,17%
Sujets sans PACES (Hors santé sans PACES + Santé sans PACES)	96/336 = 28,57%

Annexe 10: Prévalence des TCA estimée en fonction de la réalisation, ou non, d'une PACES

	Prévalence de TCA
Sujets filière Santé (PACES + Santé avec PACES + Santé sans PACES)	129/627 = 20,57%
Sujets filière Hors santé (Hors santé avec PACES + Hors santé sans PACES)	86/299 = 28,76%

Annexe 11: Prévalence des TCA estimée en fonction d'une inscription, ou non, dans une filière santé

Qualité du sommeil \ Profil du sujet		Profil du sujet				
		PACES (n=142)	Santé PACES (n=417)	Santé sans PACES (n=68)	Hors santé PACES (n=31)	Hors santé sans PACES (n=268)
Pas du tout importante Peu importante		11 (8%) 52 (37%)	21 (5%) 109 (26%)	6 (9%) 19 (28%)	3 (10%) 7 (23%)	36 (13%) 85 (32%)
	Somme	63/142 = 44,37%	130/417 = 31,18%	25/68 = 36,76%	10/31 = 32,26%	121/268 = 45,15%
Neutre		43 (30%)	130 (31%)	20 (29%)	9 (29%)	85 (32%)
Assez importante Très importante		26 (18%) 10 (7%)	105 (25%) 52 (12%)	16 (24%) 7 (10%)	7 (23%) 5 (16%)	46 (17%) 16 (6%)

Annexe 12: Estimation de la qualité du sommeil selon le profil du répondant

	SCOFF ≥ 2
Sujets avec PACES (PACES + Santé avec PACES + Hors santé avec PACES)	295/590 = 50,0%
Sujets sans PACES (Hors santé sans PACES + Santé sans PACES)	181/336 = 53,9%

Annexe 13: SCOFF ≥ 2 en fonction de la réalisation, ou non, d'une PACES

	SCOFF ≥ 2
Sujets filière Santé (PACES + Santé avec PACES + Santé sans PACES)	308/627 = 49,1%
Sujets filière Hors santé (Hors santé avec PACES + Hors santé sans PACES)	168/299 = 56,2%

Annexe 14: SCOFF ≥ 2 en fonction de l'inscription des étudiants, ou non, dans une filière santé

Profil	PACES	Santé avec PACES	Santé sans PACES	Hors santé avec PACES	Hors santé sans PACES	Total
Prévalence de TCA	25/142 = 17,6%	88/417 = 21,1%	16/68 = 23,5%	6/31 = 19,4%	80/268 = 29,9%	215/926 = 23,2%
SCOFF Score ≥ 2	76/142 = 54%	200/417 = 48%	32/68 = 47%	19/31 = 61%	149/68 = 56%	476/926 = 51,4%

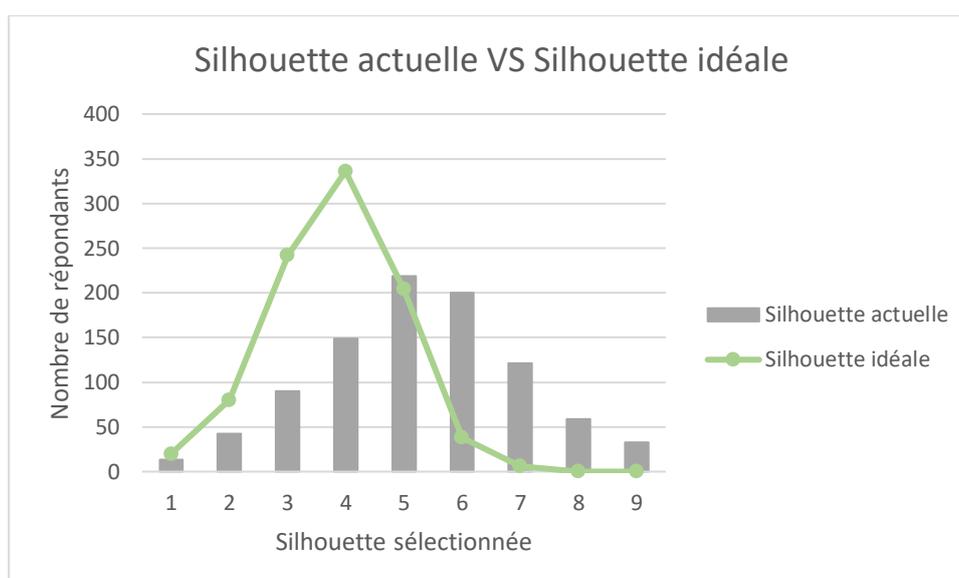
Annexe 15: Prévalence de TCA et SCOFF ≥ 2 en fonction du profil du répondant

Profil	Prévalence	TCA	SCOFF ≥ 2	Majoration
Sujets avec PACES (PACES + Santé avec PACES + Hors santé avec PACES)		119/590 (20,2%)	295/590 (50,0%)	x 2,5
Sujets sans PACES (Hors santé sans PACES + Santé sans PACES)		96/336 (28,6%)	181/336 (53,9%)	x 1,9
Sujets filière Santé (PACES + Santé avec PACES + Santé sans PACES)		129/627 (20,6%)	308/627 (49,1%)	x 2,4
Sujets filière Hors santé (Hors santé avec PACES + Hors santé sans PACES)		86/299 (28,8%)	168/299 (56,2%)	x 2,0

Annexe 16: Mise en parallèle de la prévalence estimée de TCA et d'un SCOFF ≥ 2

Silhouette	Volonté	Silhouette moins corpulente	Silhouette identique	Silhouette plus corpulente
Sous-pondérée (1 à 3) (n=145)		17/145 (12%)	26/145 (18%)	102/145 (70%)
Normo-pondérée (4 à 6) (n=568)		469/568 (83%) dont 238/568 (41,90%) S ≤ 3	70/568 (12%)	29/568 (5%)
Sus-pondérée (7 à 9) (n=213)		213/213 (100%) dont 36/213 (16,90%) S ≤ 3	0/213 (0%)	0/213 (0%)

Annexe 17: Volonté de silhouette idéale selon la silhouette actuelle estimée



Annexe 18: Confrontation silhouette actuelle et silhouette idéale

Bibliographie

1. L'équipe Ça m'intéresse. Minceur: depuis quand nous obsède-t-elle? [Internet]. Ça m'intéresse. 2022 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.caminteresse.fr/sante/minceur-depuis-quand-nous-obsede-t-elle-11146128/>
2. Marty B. À l'origine de la grossophobie : comment le diktat de la minceur s'est imposé [Internet]. Radio France. 2020 [cité 11 août 2022]. Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceculture/a-l-origine-de-la-grossophobie-comment-le-diktat-de-la-minceur-s-est-impose-9378319>
3. Sobczak C, Scott E. The Body Positive - Our story [Internet]. The Body Positive. [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: <https://thebodypositive.org/about-us/>
4. Beck F, Maillolchon F, Richard JB. Conduites alimentaires perturbées des jeunes, entre facteurs sociaux et détresse psychologique. *Agora Debatsjeunesses*. 20 mars 2013;63(1):128-39.
5. Levasseur P. Traitements pharmacologiques des troubles du comportement alimentaire : molécules disponibles et leur place dans la stratégie de prise en charge. 9 juill 2019;150.
6. Tavalacci MP, Grigioni S, Richard L, Meyrignac G, Déchelotte P, Ladner J. Eating Disorders and Associated Health Risks Among University Students. *J Nutr Educ Behav*. oct 2015;47(5):412-420.e1.
7. Charfi N, Trigui D, Thabet JB, Hajbi K, Zouari N, Zouari L, et al. Etude du rapport des troubles des conduites alimentaires avec le niveau de stress et l'estime de soi chez les étudiants en médecine a study of the relationship between eating disorders, stress level and self- esteem among medicine students. *Tunis Med*. 2015;93:5.
8. Arthuis M, Duché DJ. Diagnostic et traitement des troubles des conduites alimentaires des adolescents : anorexie mentale et boulimie nerveuse. *Bull Académie Natl Médecine*. mars 2002;186(3):699-707.
9. Définitions : psychique - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Larousse. [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychique/64818>
10. Recommandations Troubles des conduites alimentaires [Internet]. VIDAL. 2019 [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/troubles-des-conduites-alimentaires-3383.html>
11. Gouvernement du Canada T publics et S gouvernementaux C. SUBSYNDROMIQUE - TERMIUM Plus® [Internet]. Gouvernement du Canada. 2019 [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: https://www.btb.termiumplus.gc.ca/tpv2alpha/alpha-fra.html?lang=fra&i=1&srchtxt=SUBSYNDROMIQUE&index=frr&codom2nd_wet=1#resultrecs
12. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie* [Internet]. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021 [cité 8 janv 2022]. 456 (301-318). (L'officiel ECN). Disponible sur: <https://pufr-editions.fr/wp-content/uploads/2021/01/ECN-PSY-2021.pdf>
13. Troubles du comportement alimentaire [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/troubles-du-comportement-alimentaire-0>
14. Garcia FD. Troubles du comportement alimentaire : mieux dépister pour traiter précocement. *Corresp En Métabolismes Horm Diabètes Nutr*. 2011;XV(9-10):4 (321 à 324).
15. Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition [Internet]. 2016 [cité 8 janv 2022]. Disponible sur: <https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update2016.pdf>
16. Slade P. Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Br J Clin Psychol*. sept 1982;21(Pt 3):167-79.
17. Keizer, Anouk, Smeets, Monique Aldegonda Maria, Dijkerman, Hendrik Christiaan. Tactile body image disturbance in anorexia nervosa | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. Elsevier - Psychiatry Research. 2011 [cité 29 janv 2022]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0165178111003623?token=E88F0595394CDF6870FAB2B0D8B2E7B97C8A5D6088B067CFBDA1762AA488EDE1226D37EC9A9F427E7E9EAA5036571160&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220129074604>
18. Dany L, Morin M. Image corporelle et estime de soi : étude auprès de lycéens français. *Bull Psychol*. 2010;509(5):321-34.
19. Ejike C. Body shape dissatisfaction is a 'normative discontent' in a young-adult Nigerian population: A study of prevalence and effects on health-related quality of life. *J Epidemiol Glob Health*. 29 juill 2015;5.
20. Gabriella J. Mutale, Dunn A, Stiller J, Larkin R. Development of a Body Dissatisfaction Scale Assessment Tool. *New Sch Psychol Bull*. 2016;13(2):47 to 57.
21. Ralph-Nearman C, Filik R. Development and validation of new figural scales for female body dissatisfaction assessment on two dimensions: thin-ideal and muscularity-ideal. *BMC Public Health*. 16 juill 2020;20(1):1114.

22. Jayawardena R, Sooriyaarachchi P, Kagawa M, Hills AP, King NA. Methods to develop figure rating scales (FRS): A systematic review. *Diabetes Metab Syndr.* juin 2021;15(3):687-93.
23. Mendelson BK, Mendelson MJ, White DR. Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults. *J Pers Assess.* 1 févr 2001;76(1):90-106.
24. Rousseau A, Valls M, Chabrol H. Étude de validation de la version française de l'Échelle d'Estime Corporelle (Body Esteem Scale) chez les adolescentes et les jeunes adultes. *Eur Rev Appl Psychol.* 1 juill 2015;65(4):205-10.
25. Bariaud F. Le Self-perception profile for adolescents (SPPA) de S. Harter. *Oriental Sc Prof.* 15 juin 2006;(35/2):282-95.
26. Escalon H, Beck F. Les jeunes et l'alimentation. *Agora Debatsjeunesses.* 20 mars 2013;63(1):113-27.
27. Mayhew AJ, Pigeyre M, Couturier J, Meyre D. An Evolutionary Genetic Perspective of Eating Disorders. *Neuroendocrinology.* 2018;106(3):292-306.
28. Anorexie et boulimie [Internet]. VIDAL. 2021 [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/anorexie-boulimie.html>
29. Tavalacci MP, Ladner J, Grigioni S, Richard L, Villet H, Dechelotte P. Prevalence and association of perceived stress, substance use and behavioral addictions: a cross-sectional study among university students in France, 2009–2011. *BMC Public Health.* 6 août 2013;13(1):724.
30. Belghith F, Beswick C, Bohet A, Morvan Y, Régnier-Loilier A, Rosenbacher-Berlemont M, et al. Repères sur la santé des étudiants [Internet]. OVE : Observatoire de la vie Étudiante. 2018 [cité 4 févr 2022]. Disponible sur: <http://www.ove-national.education.fr/publication/reperes-sur-la-sante-des-etudiants/>
31. Santé et réseau de soins des usagers de la Faculté de Pharmacie de Lille. Lille: Faculté de Pharmacie; 2020 févr p. 9.
32. Saljoughian M. Emotional Eating and Binge Eating Disorder [Internet]. *US.Pharmacist.* 2021 [cité 13 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.uspharmacist.com/article/emotional-eating-and-binge-eating-disorder>
33. Ferrier Avenet L. Troubles du comportement alimentaire de l'adulte: réalisation d'une vidéo de psychoéducation. 21 avr 2016;147.
34. Anorexie mentale : prise en charge [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2010 [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge
35. Lesage M. Soigner l'image du corps dans l'anorexie mentale : la recalibration multisensorielle et cognitive. 2014;78.
36. Dragesund T, Kvåle A. Study protocol for Norwegian Psychomotor Physiotherapy versus Cognitive Patient Education in combination with active individualized physiotherapy in patients with long-lasting musculoskeletal pain – a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 5 août 2016;17:325.
37. Dodin V, Payen A, Croquelois C, Bayart A, Benzidour N, Anache C, et al. Soins à médiation multi-sensorielle. *Adolescence.* 13 nov 2012;303(3):603-16.
38. Jansen A, Voorwinde V, Hoebink Y, Rekkers M, Martijn C, Mulken S. Mirror exposure to increase body satisfaction: Should we guide the focus of attention towards positively or negatively evaluated body parts? *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1 mars 2016;50:90-6.
39. Inventaire des troubles de l'alimentation [Internet]. [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: http://stringfixer.com/fr/Eating_Disorder_Inventory
40. Nallet N. Eating Disorder Inventory – 2 – NATHALIE NALLET [Internet]. 2018 [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: <http://nathalienallet.fr/eating-disorder-inventory-2/>
41. Pham-Scottet A. Troubles de la personnalité et troubles des conduites alimentaires : modèles théoriques et réalité clinique. 14 sept 2012;233.
42. Body mass index - BMI [Internet]. World Health Organization. [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
43. Bertrand D. Troubles du comportement alimentaire : au CHU de Toulouse, « une nette augmentation » [Internet]. 2022 [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: https://lopinion.com/articles/sante/13699_troubles-du-comportement-alimentaire-au-chu-de-toulouse-une-nette-augmentation

Université de Lille
FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire : 2021/2022

Nom : CATELIN
Prénom : Cécile

Titre de la thèse : Relation au corps et Troubles du Comportement Alimentaire chez les étudiants en santé

Mots-clés : troubles du comportement alimentaire – relation au corps – insatisfaction corporelle – étudiants – santé – PACES

Résumé :

Introduction : Connus depuis l'Antiquité, les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) connaissent une expansion importante depuis plusieurs décennies. En parallèle de ces troubles de plus en plus répandus, une modification de la relation au corps est constatée chez de nombreux individus, influencée notamment par les diktats de beauté qui, bien que propre à chaque civilisation, sont idéalisés dans chacune d'elle.

Objectif : L'objectif de cette étude est d'estimer la prévalence des TCA ainsi que la relation au corps des étudiants en Première Année Commune aux Études de Santé (PACES). L'hypothèse de travail est de constater une majoration des TCA et une relation au corps dégradée chez les étudiants en PACES, en comparaison aux autres profils élaborés.

Méthode : Un échantillon de 926 étudiants post-bac, majoritairement de genre féminin, a participé à l'étude. Ces derniers ont répondu à un questionnaire mis à disposition en ligne qui abordait les thématiques suivantes : cursus universitaire, évaluation du stress, relation au corps et TCA.

Résultats : Malgré une différence importante des prévalences obtenues par l'estimation de TCA, directement par le sujet (23,2%), et un score SCOFF ≥ 2 (51%), il a été constaté que la proportion d'étudiants touchés par des TCA était bien plus importante que celle relevée jusqu'alors dans la littérature. Également, l'inventaire EDI-2 couplé à l'utilisation d'échelles de silhouettes a permis de relever une insatisfaction corporelle relativement élevée, le plus souvent associée à une volonté de tendre vers une corpulence plus mince. Par ailleurs, un.e étudiant.e en filière 'Hors santé' est significativement plus touché par ces deux phénomènes de recherche de la minceur et d'insatisfaction corporelle, en comparaison à un.e étudiant.e en PACES.

Conclusion : En dépit du postulat initial, il apparaît que les étudiants en PACES ne souffrent pas davantage de TCA et n'ont pas une relation au corps plus dégradée que chez les autres étudiants. En revanche, il a été mis en évidence que ce sont les étudiants réalisant un cursus Hors santé qui sont les plus impactés par ces deux problématiques.

Membres du jury :

Président : Madame le Docteur GARAT, Anne
Maître de Conférences des Universités – Faculté de Pharmacie, Lille
Praticien Hospitalier – CHRU, Lille

Assesseur : Madame PINÇON, Claire
Maître de Conférences des Universités – Faculté de Pharmacie, Lille

Membre extérieur : Madame le Docteur TARET, Emma
Pharmacien, filière industrie