



# Les troubles du comportement alimentaire chez la femme consultante en première ligne (Monastir, Tunisie)

## Eating disorders among women in primary care (Monastir, Tunisia)

Baha Slimane Zrafi <sup>1</sup>, Rim Omezzine Gniwa <sup>2</sup>, Afifa Koubaa Abdelkafi <sup>1</sup>, Walid Bouali <sup>3</sup>, Asma Sriha Belguith <sup>4</sup>

1. *Groupe de Santé de Base, Direction Régionale de la Santé de Monastir / Faculté de Médecine de Monastir, Université de Monastir, Tunisie*
2. *Département de Médecine de Famille, Faculté de Médecine de Monastir / Université de Monastir, Tunisie*
3. *Service de Psychiatrie, Hôpital Tahar Sfar Mahdia / Faculté de Médecine de Monastir, Université de Monastir, Tunisie*
4. *Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive, Hôpital Fattouma Bourguiba Monastir / Faculté de Médecine de Monastir, Université de Monastir, Tunisie*

### RÉSUMÉ

**Introduction :** Le Médecin de Famille (MF) est un acteur principal dans le dépistage et la prise en charge précoce des patients atteints de Troubles des Conduites Alimentaires (TCA).

**Objectifs :** Déterminer la prévalence des TCA chez les femmes consultantes en première ligne à l'aide du SCOFF-F et étudier les facteurs socioéconomiques, cliniques, et habitudes de vie associées.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude transversale auprès des femmes qui ont consulté, deux établissements de santé de première ligne de la ville de Monastir, durant 4 mois de l'année 2020. Nous avons utilisé la version française du questionnaire SCOFF (SCOFF-F), composé de 5 questions dichotomiques (oui/non). Chaque « oui » compte pour 1 point. Le résultat est positif si le score obtenu est égal ou supérieur à 2 points. Il s'agit d'un outil fiable pour le dépistage des TCA.

**Résultats :** Nous avons inclus 445 femmes, l'âge moyen de nos patientes était de 36 ans (Ecart type = 12). Un TCA a été retrouvé chez 214 patientes (48%) IC95% [43-52%], 14% présentaient une boulimie nerveuse et 12% une hyperphagie boulimique. Les patientes présentant un TCA étaient en surpoids dans 33% des cas, 40% pratiquaient une activité physique et 53% consommaient trois repas par jour. L'analyse multivariée a découvert que la pratique d'une activité physique (ORa = 2,34 ; IC95% [1,51-1,63]), manger trois repas par jour (ORa = 4,26 ; IC95% [1,20-15,07]), rester avec le régime actuel sans chercher à adopter un nouveau régime (ORa = 3,69 ; IC95% [2,30-5,90]), la profession intermittente (ORa = 2,09 ; IC95% [1,08-4,05]) et l'anxiété (ORa = 2,09 ; IC95% [1,04-4,10]) augmentaient le risque de TCA. Un âge entre 35 et 60 ans et un antécédent de TCA chez la fratrie majeure par 1,6 le risque de TCA.

**Conclusion :** Notre étude a conclu à une fréquence élevée (48%) des TCA chez les femmes consultantes en première ligne. Ces troubles étaient associés à un comportement familial commun, surtout chez la fratrie et d'un état psychologique particulier. Il s'avère nécessaire de promouvoir l'éducation nutritionnelle dans les structures de première ligne et d'organiser des actions de sensibilisation dans les milieux scolaires, universitaires et les lieux du travail.

**Mots clés :** Troubles des conduites alimentaires, Femme, Médecin de Famille, Fréquence, Facteurs de risque

### ABSTRACT

**Background :** Eating disorders (ED) are relatively frequent, but convey a high mortality and morbidity. More than half of individuals with ED remain undetected in primary care. The general practitioners (GP) are in a strategic position to detect patients with ED.

**Aims :** To determine the prevalence of ED in Tunisian women visiting their GP using the SCOFF-F score and to determinate the associated socioeconomic, clinical, and lifestyle factors.

**Methods :** This is a cross-sectional study of women who consulted two primary health care in the city of Monastir, during 4 months of the year 2020. The SCOFF-F was performed.

**Results :** We included 445 women; the mean age of our patients was 36 ± 12 years. SCOFF-F was positive in 48% of cases CI95% [43-52%], 14% presented with bulimia nervosa and 12% with binge eating disorder. Patients with ED were overweight in 33% of cases, 40% perform a physical activity and 53% eat three meals per day. A family history of ED was 35%. 20% of the patients have a history of psychiatric disorder. In multivariate analysis, performing physical activity to control weight, eating three meals a day, maintaining the current diet without trying to change into a different one, non continuous occupation and anxiety increase the risk of ED with respective ORs of 2.34, 4.26, 3.69, 2.09 and 2.09 respectively. Ages between 35 and 60 years, and a history of ED in siblings increases the risk of ED by 1.6.

**Conclusion :** Our study concluded that ED was associated with common family behavior, especially among siblings, and with a particular psychological state which are interesting to screen by GP and to focus on targeting family care.

**Keywords :** Eating disorders, Woman, Family practice, Frequency, Risk factors

### Correspondance

Rim Omezzine Gniwa

Département de Médecine de Famille, Faculté de Médecine de Monastir / Université de Monastir, Tunisie

Email: omezzinerim14@gmail.com

## INTRODUCTION

Les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) sont des comportements alimentaires pathologiques, de plus en plus répandus dans le monde en particulier chez les femmes (1,2). Ces troubles sont considérés comme un véritable problème de santé publique en raison des conséquences souvent graves, à type de perturbations nutritionnelles et psychologiques importantes avec un impact majeur sur la qualité de vie.

Quelques études nationales Tunisiennes, portant sur une population de jeune étudiante ou obèse ont révélé des prévalences de TCA variant de 11% à 70% selon la méthode de dépistage (3-5).

Cependant, nous n'avons pas de données sur la prévalence de ces troubles dans les soins primaires dans notre pays.

Le Médecin de Famille (MF) est souvent cité dans les recommandations internationales comme un acteur principal de dépistage et de prise en charge précoce des patients atteints de TCA. En effet, l'intervention à temps auprès de ces patients pourraient avoir une influence significative sur l'évolution des TCA, et limiter les risques associés (2). D'où l'importance de considérer les TCA comme une préoccupation médicale importante en soins de santé primaires.

Dans ce cadre, les objectifs de notre étude étaient de déterminer la prévalence des TCA chez les femmes consultantes en première ligne et d'étudier les facteurs socioéconomiques, cliniques, et les habitudes de vie associées.

## METHODES

### Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, auprès de femmes tunisiennes qui ont consulté, deux établissements de santé de première ligne, de libre pratique et étatique de la ville de Monastir, en Tunisie durant 4 mois, du 1er Aout au 30 Novembre de l'année 2020.

### Population d'étude

Nous avons inclus les patientes ayant consulté le cabinet de libre pratique et le centre de santé de Base (CSB) « Stah Jabeur » de la ville de Monastir, durant la période d'étude. Seules les patientes, âgées de 18 ans et plus, qui ont accepté de participer à l'étude, et de répondre au questionnaire, ont été incluses. Ces patientes devaient être disponibles, suffisamment informées, autonomes, et volontaires pour participer à cette étude.

### Centre d'étude

Le CSB Stah Jabeur est un établissement de santé faisant partie des 8 CSB de la circonscription de Monastir. Le CSB, dessert une population de plus de 15 000 habitants. Ce centre offre des soins curatifs, préventifs et promotionnels, répartis en consultation de médecine générale 3 jours par

semaine, et une consultation individualisée une fois par semaine consacrée aux malades chroniques, diabétiques et/ou hypertendus. Dans ce centre, les patients bénéficiaient de séances d'éducation nutritionnelles individuelles et de groupe, réalisées par le médecin, la nutritionniste de la circonscription et le résident de médecine de famille.

Le cabinet médical de libre pratique est un établissement de santé, situé au centre-ville de Monastir, et géré par un médecin généraliste, offrant des prestations de médecine générale tous les jours et des consultations spécialisées en nutrition et amaigrissement.

### Procédure

L'étude s'est déroulée de la manière suivante :

*La première étape* : Pour déterminer l'existence ou non d'un TCA, le questionnaire utilisé était le SCOFF-F, traduit en arabe. Une note explicative à l'intention des participants était attachée au questionnaire.

*La deuxième étape* : Les responsables de l'étude ont pris du temps pour expliquer aux participants, ayant accepté de participer à l'enquête, l'intérêt et le but de l'étude, et leur demander de répondre à un questionnaire. Ensuite, les femmes actives et étudiantes, ont reçu les questionnaires à remplir, en salle d'attente après la consultation médicale. Pour les autres, nous avons constaté une faible éducation nutritionnelle des patientes et une incompréhension des termes utilisés, ce qui a nécessité un accompagnement lors du remplissage du questionnaire, que ce soit par le médecin ou l'infirmière. Le recueil de données a été réalisé dans les 2 établissements de santé de première ligne.

*La troisième étape* : Les questionnaires, une fois remplis, ont été collectées par le médecin responsable de l'étude, pour analyse.

### Outils

- Le SCOFF-F est un questionnaire composé de 5 questions dichotomiques (oui/non). C'est la version française du questionnaire SCOFF (SCOFF-F) qui a été validée et ensuite confirmée en médecine générale et scolaire (6). Il s'agit d'un outil fiable pour le dépistage des TCA. Le SCOFF-F a la même validité qu'il soit passé à l'oral ou à l'écrit. Il est donc facilement utilisable par le MF, mais aussi pour d'autres intervenants de première ligne (Infirmière Scolaire, Médecin du Travail, Médecine Universitaire...). Chaque « oui » compte pour 1 point. Le résultat est positif si le score obtenu est égal ou supérieur à 2 points.

- Le Questionnaire comprenait les données suivantes :

*Les données sociodémographiques* : l'âge, le sexe, la situation socio-professionnelle de la femme, ainsi que le statut matrimonial.

*Les données cliniques* : les antécédents personnels psychiatriques et addictologies, le poids et la taille, la pratique d'une activité sportive.

*Les habitudes alimentaires globales* : le nombre de repas par jour, la compagnie au cours des repas, le régime alimentaire adopté, ainsi que son type.

*L'évaluation du comportement alimentaire* : l'antécédent de TCA, et le type : anorexie mentale, boulimie nerveuse, hyperphagie boulimique, hyperphagie nocturne, la tachyphagie, la compulsions alimentaires, les grignotages, la restriction cognitive. L'existence de vomissements associés. L'âge de début des troubles (ans). La réalisation d'une consultation à ce sujet et le suivi actuel. L'antécédent de TCA dans la famille.

### Définitions opérationnelles

Selon l'haute autorité de la santé (HAS), l'Anorexie Mentale est définie comme une restriction volontaire de l'alimentation dans un refus de maintenir un poids minimal. La Boulimie Nerveuse se définit comme une ingestion rapide d'une grande quantité d'aliment suivi de vomissement, hyperactivité physique ou prise de laxatifs. L'Hyperphagie Boulimique se définit comme une crise de boulimie sans vomissement, hyperactivité physique ni prise de laxatifs. L'Hyperphagie Nocturne se définit comme une prise alimentaire la nuit. L'hyperphagie prandiale se définit par l'ingestion d'une grande quantité d'aliment au repas. La tachyphagie se définit par des repas pris en moins de 20min. La compulsions alimentaires, les grignotages étaient définis comme une prise alimentaire entre les repas. La restriction cognitive était définie comme la restriction de son alimentation pour ne pas prendre ou perdre du poids.

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), on parle d'obésité lorsque l'indice de masse corporelle (IMC = poids (kg) / taille (m<sup>2</sup>)) est supérieur ou égal à 30. Le surpoids est défini par un IMC entre 25 et 30.

### Saisie et analyse de données

La saisie et l'analyse de données statistiques ont été effectuées sur matériel informatique SPSS 22.0. Pour les variables qualitatives, les résultats ont été exprimés en effectifs et en pourcentage. Les variables quantitatives gaussiennes ont été exprimées en moyenne (M) et en écart type (ET). Pour l'étude comparative de données en fonction du SCOFF-F positif (oui/non), les comparaisons des variables quantitatives étaient réalisées à l'aide du test de Chi2. Les tests appropriés ont été réalisés au seuil de signification de 5%. Pour déterminer les facteurs associés au SCOFF-F positif, nous avons réalisé une étude multi-variée (régression logistique binaire). Les résultats ont été considérés comme significatifs au seuil de signification de 5%.

## RESULTATS

### Description de la population d'étude

Au total, nous avons inclus 445 femmes. L'âge moyen était de 36 ans (ET=12) avec des extrêmes allant de 19 à 75 ans. Cent quarante patientes étaient des étudiantes (31%) et 119 étaient en travail actif (27%). L'IMC moyen était de 29 kg/m<sup>2</sup>. Cent trente-sept patientes étaient en surpoids (30,8%) et 98 étaient obèses (34,6%). Dix-neuf patientes avaient une dépression ou une anxiété. Le régime alimentaire était le moyen de contrôle du poids le plus utilisé (26%) (Tableau 1).

**Tableau 1.** Caractéristiques Sociodémographiques et cliniques des femmes consultant en première ligne du 1 Aout au 30 Novembre de l'année 2020 (Monastir, Tunisie).

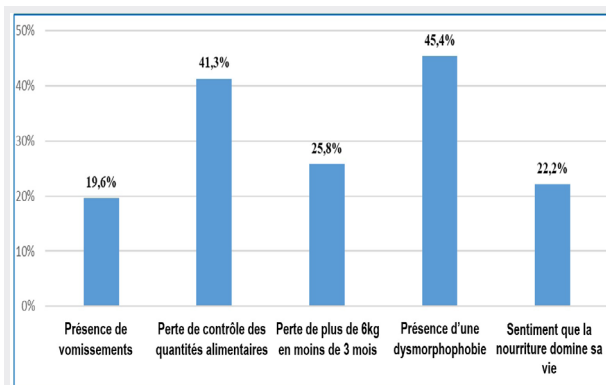
Caractéristiques	N = 445	%
<b>Classes d'âge (ans)</b>		
<35ans	230	52
35-60ans	198	44
60-75ans	17	4
<b>Statut social</b>		
Vie seule	218	49
En couple	227	51
<b>Situation professionnelle</b>		
Etudiante	140	31
Travail actif	119	27
En chômage	96	22
Profession intermédiaire	90	20
<b>Statut Nutritionnel</b>		
IMC < 18,5	11	2,5
IMC 18,5-24,9	138	31
IMC 25-29,9	137	30,8
IMC 30-34,9	98	22
IM >35	56	12,6
<b>Antécédents psychiatriques et addictologies</b>		
Anxiété	45	10
Dépression	39	9
Tabac	5	1
Alcool	2	0,4
<b>Moyens de contrôle du poids</b>		
Régime alimentaire	118	26
Pratique de sport	57	13
Autres moyens	64	14

IMC : Indice de masse corporelle

### Les troubles du comportement alimentaire chez la population d'étude

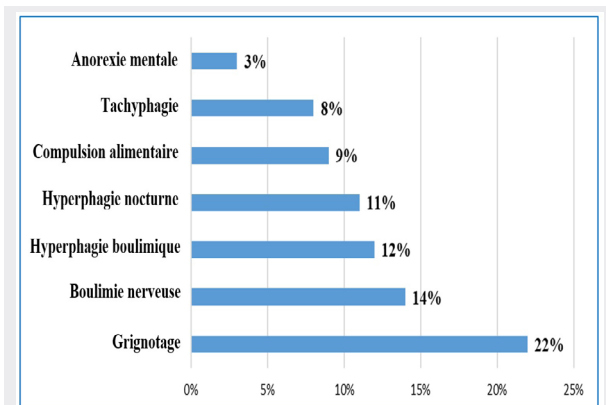
Un TCA a été retrouvé chez 214 patientes (48%) IC95% [43-52%]. Le taux de réponse positive pour chaque question du SCOFF-F est présenté dans la Figure 1. Les patientes présentant un TCA avaient un âge moyen de 23 ans lors de début de ce trouble, et 46 patientes ont déclaré avoir un antécédent de TCA (10%). Vingt-six pourcent de ces patientes ont bénéficié d'un suivi pour ce trouble. Ce suivi a été réalisé par un MF dans la moitié des cas. Les patientes présentant un TCA étaient en surpoids dans 33% des cas et 40% d'entre elles pratiquaient une activité physique. Trente pourcents des patientes présentant un TCA étaient des étudiantes. Un antécédent familial de TCA a été retrouvé chez 35% des femmes. Vingt pourcents de

nos patientes ont déclaré avoir un antécédent personnel psychiatrique.



**Figure 1.** Taux de réponses positives aux 5 questions du SCOFF-F chez les femmes consultant en première ligne du 1 Aout au 30 Novembre de l'année 2020 (Monastir, Tunisie).

Concernant le type de TCA dépistés par le questionnaire SCOFF-F, 64 patientes présentaient une boulimie nerveuse (14%) et 53 avaient une hyperphagie boulimique (12%) (Figure 2).



**Figure 2.** Répartition selon le type de TCA chez les femmes consultant en première ligne du 1 Aout au 30 Novembre de l'année 2020 (Monastir, Tunisie).

Pour les habitudes alimentaires des patientes ayant un TCA, 113 consommaient trois repas par jour (53%) et le régime en cours était un régime hypocalorique dans 8% des cas.

### Etude des facteurs associés aux TCA

#### Association TCA et conditions socioéconomiques et cliniques

Les TCA étaient significativement associés à l'âge, au statut professionnel, à l'IMC et à la pratique d'une activité physique. L'anxiété, la personnalité de type Borderline, la présence d'un TCA chez la mère et chez la fratrie étaient significativement associés aux TCA (Tableau 2)

**Tableau 2.** Caractéristiques Sociodémographiques et cliniques des femmes consultant en première ligne du 1 Aout au 30 Novembre de l'année 2020 (Monastir, Tunisie).

Variables	TCA : n (%)	p
<b>Age</b>		
<35 ans	47(43)	<b>0,027</b>
35-60 ans	96(56)	
60-75 ans	71(43)	
<b>Statut social</b>		
En couple	109(48)	0,95
Seule	105(48)	
<b>Statut professionnel</b>		
Sans travail	34(35)	<b>0,008</b>
Etudiante	64(46)	
Travail actif	63(53)	
Travail intermittent	53(59)	
<b>IMC</b>		
IMC<18,5	6(54)	<b>0,001</b>
IMC 18,5-24,9	48(35)	
IMC 25-29,9	70(51)	
IMC 30-34,9	55(56)	
IMC> 35	35(63)	
<b>Pratique d'activité physique</b>		
Oui	86(58)	<b>0,02</b>
Non	128(43)	
<b>Type d'activité physique</b>		
crossfit	49(70)	<b>0,037</b>
Marche-footing	28(51)	
Sport de jeu	2(33)	
<b>ATCD personnels</b>		
<b>Tabac</b>		
Oui	5(100)	0,19
Non	209(47)	
<b>Anxiété</b>		
Oui	30(67)	<b>0,009</b>
Non	184(46)	
<b>Dépression</b>		
Oui	20(51)	0,67
Non	194(48)	
<b>Trouble bipolaire</b>		
Oui	1(100)	0,298
Non	213(48)	
<b>Personnalité borderline</b>		
Oui	4(100)	<b>0,037</b>
Non	210(48)	
<b>ATCD familiaux de TCA</b>		
<b>TCA chez la mère</b>		
Oui	29(67)	<b>0,008</b>
Non	185(46)	
<b>TCA chez le père</b>		
Oui	0(0)%	0,335
Non	214(48)	
<b>TCA chez la fratrie</b>		
Oui	47(64)	<b>0,002</b>
Non	167(45)	

IMC : Indice de masse corporelle, TCA : Troubles des conduites alimentaires, ATCD : Antécédents

### Association TCA et habitudes alimentaires

Les TCA étaient associés à l'adoption d'un régime alimentaire et au nombre de repas consommés par jour (Tableau 3).

**Tableau 3.** Habitudes alimentaires associées au TCA chez les femmes consultantes en première ligne du 1 Aout au 30 Novembre de l'année 2020 (Monastir, Tunisie).

Variabiles	TCA : n (%)	p
<b>Régime actuel</b>		
Oui	83(70)	<b>10<sup>-3</sup></b>
Non	131(40)	
<b>Type de régime</b>		
Hyper protéiné	9(56)	<b>10<sup>-3</sup></b>
Hypocalorique	17(100)	
Diabétique	7(44)	
Sans sel	6(86)	
Sans graisse	12(75)	
Sans gluten	4(44)	
Végétarien	7(78)	
Vegan	16(59)	
<b>Nombre de repas par jour</b>		
Un	5(36)	<b>0,016</b>
Deux	57(45)	
Trois	113(46)	
> Trois	39(67)	
<b>Compagnie repas</b>		
Oui	152(47)	0,546
Non	62(50)	

TCA : Troubles des conduites alimentaires

### Facteurs associés au TCA selon l'analyse multivariée :

La pratique d'une activité physique (ORa = 2,34), manger trois repas par jour (ORa = 4,26), rester avec le régime actuel sans chercher à adopter un nouveau régime (ORa = 3,69), la profession intermittente (ORa = 2,09) et l'anxiété (ORa = 2,09) augmentaient le risque de TCA. Un âge entre 35 et 60 ans et un antécédent de TCA chez la fratrie majorait par 1,6 le risque de TCA (Tableau 4).

**Tableau 4.** Résultats de l'analyse multivariée des facteurs associés au TCA chez les femmes consultantes en première ligne du 1 Aout au 30 Novembre de l'année 2020 (Monastir, Tunisie).

Variabiles	OR ajusté	IC 95%	P
<b>Age</b>			
<35	1,05	0,62-1,77	0,842
35-60	<b>1,6</b>	<b>1,01-2,64</b>	<b>0,047</b>
>60	1		
<b>Situation professionnelle</b>			
Sans profession	1,243	0,68-2,272	0,48
Profession Stable	1,583	0,868-2,885	0,134
Profession intermittente	<b>2,092</b>	<b>1,08-4,05</b>	<b>0,29</b>
Etudiant	1		
<b>Tranche IMC</b>			
IMC<18,5	0,472	0,129-1,722	0,256
IMC 18,5-24,9	0,872	0,240-3,166	0,835
IMC 25-29,9	1,192	0,321-4,424	0,793
IMC 30-34,9	1,307	0,336-5,082	0,699
IMC > 34,9	1		
<b>Anxiété</b>	<b>2,089</b>	<b>1,044-4,182</b>	<b>0,037</b>
<b>Activité physique</b>	<b>2,346</b>	<b>1,513-3,636</b>	<b>10<sup>-3</sup></b>
<b>Régime actuel</b>	<b>3,689</b>	<b>2,306-5,901</b>	<b>10<sup>-3</sup></b>
<b>Nombre de repas par jour</b>			
Un seul repas /jour	1,566	0,478-5,134	0,459
Deux repas /jour	1,521	0,474-4,880	0,481
Trois repas /jour	<b>4,264</b>	<b>1,206-15,077</b>	<b>0,024</b>
Quatre repas/jour	1		
<b>Antécédents chez la fratrie</b>	<b>1,653</b>	<b>0,939-2,91</b>	<b>0,082</b>

IMC : Indice de masse corporelle, OR : Odds ratio, IC : Intervalle de confiance

## DISCUSSION

### Fréquence des TCA

Dans notre étude, la fréquence des TCA, évaluée par le SCOFF-F, chez les femmes étaient de 48%, résultat supérieur à celles rapportés dans la littérature orientale et occidentale (7-9), ainsi que tunisienne (10,11). Ces différences dans les résultats pourraient s'expliquer par la diversité des méthodes d'évaluation, de dépistage et de diagnostic. Cette fréquence élevée, peut être dû à la concomitance de notre étude avec la période de confinement imposée par la pandémie Covid 19 (12). Ainsi que la ville de Monastir est caractérisée par l'importance de sa population estudiantine et ouvrière, habituellement connue vulnérable pour les problèmes de santé d'ordre alimentaire. La prédominance féminine était encore illustrée par des enquêtes réalisées auprès d'une population étudiante soit en Tunisie (10), à Marrakech ou en France (7,13).



De nos jours la pression liée à l'idéal de minceur véhiculé par les médias, sans références aux normes scientifiques, est plus intense pour les filles que pour les garçons (14).

Les TCA déclarés de type anorexie mentale (3%), boulimie nerveuse (14%), hyperphagie boulimique (12%), hyperphagie nocturne (11%), valeurs qui se rapprochent de ceux rapportées par Couderc et al (15), et supérieures aux autres données de la littérature (1,7,16). Ce qui peut être en rapport avec les différences des caractéristiques des populations d'étude. Une synthèse de différentes études publiées suggère que les prévalences de l'anorexie et de la boulimie seraient d'environ 0,3% et 1% respectivement, en population générale dans les pays occidentaux (17).

Dix pourcents de nos patientes déclaraient avoir un antécédant de TCA, mais le un quart seulement bénéficiait toujours d'un suivi médical pour ces troubles. Cela peut témoigner du fait que ces troubles sont peu abordés par les patients en consultation médicale, ou bien qu'il existe un déni de la pathologie. Dans la littérature, une faible proportion des cas des TCA dans la communauté, a été détectée par le MF surtout chez les femmes (18,19), d'où l'intérêt de mener plus d'études de dépistage, afin d'améliorer la prise en charge des troubles en première ligne. En effet, le cabinet du MF et les centres de santé de base constituent un cadre idéal pour identifier les troubles de l'alimentation et initier un traitement en temps opportun. Ainsi, un diagnostic précoce avec une intervention adaptée et un âge plus précoce au moment du diagnostic sont corrélés à des meilleurs résultats chez les patients souffrants de TCA. La littérature a également constaté que les patients souffrants d'un trouble de l'alimentation avaient significativement plus de consultations chez un médecin généraliste jusqu'à un délai de 5 ans avant le diagnostic de TCA (20). Plus précisément, les auteurs ont constaté que 71% de ceux qui ont un trouble de l'alimentation ont eu quatre consultations ou plus dans les 5 ans précédant le diagnostic, comparativement à 18% pour les témoins (21). Étant donné que les médecins de famille sont des promoteurs de soins primaires pour un grand pourcentage d'adolescents, ils jouent un rôle important dans le diagnostic de ces troubles et la coordination avec l'équipe multidisciplinaire de psychiatres, de nutritionnistes et d'autres professionnels pour traiter avec succès les patients (18).

### **Facteurs associés aux TCA**

Les TCA représentent un problème de santé publique vu leur relation avec plusieurs comorbidités psychiatriques et somatiques (22). Il est primordial d'identifier les facteurs de risque prédisposant à la survenue de ces troubles à l'âge adulte pour mieux les endiguer à l'adolescence. Les problèmes d'ordre alimentaire commencent généralement pendant l'adolescence, aux cours des études secondaires ou supérieures (7,23), et parfois en péri-ménopause (24). Une association significative entre la survenue des TCA et l'âge plus jeune a été constatée (7,25). Étant une tranche d'âge vulnérable, la littérature parlait de la notion de « la maladie de la femme jeune » dans le monde

occidental (25). Ces études dénoncent l'influence de la culture occidentale qui fait l'apologie des corps sveltes, voire maigres, sur les jeunes filles. Celles-ci risquent de viser un idéal physique bien éloigné de leur physiologie, et de devenir obsédées par leur alimentation et leur poids. Ce qui souligne l'importance de dépister les TCA chez les adolescents et les étudiants, au cours des visites en médecine scolaire et universitaire ou chez leur MF.

L'association des TCA au travail intermittent peut être expliquée par l'instabilité de ces femmes et la non disponibilité des locaux pour le repas dans les lieux de travail. En effet, comme toute ville côtière, Monastir a connu au cours des dernières décennies une grande migration de la population ouvrière arrivant des zones intérieures à cause des problèmes liés au chômage et à la pauvreté grandissante qui ont détérioré leurs conditions de vie. Donc, des efforts de promotion de la santé nutritionnelle et comportementale qui comprennent des éléments axés sur l'environnement de travail physique et la structure organisationnelle du lieu de travail peuvent influencer positivement le rendement en améliorant l'absentéisme.

L'anxiété était associée au risque de TCA chez nos patientes (OR=2,09), ce qui rejoint les données de Couderc et al qui ont utilisé l'échelle anxiété dépression (HAD) et ont trouvé qu'une augmentation du score de dépression sur l'HAD et une anxiété positive sur l'HAD étaient positivement associées à un SCOFF-F positif (15). En plus, les TCA sont fréquemment associés à d'autres troubles de santé mentale, comme la dépression, les troubles obsessionnels compulsifs, l'abus de substances ou encore les troubles de la personnalité. Le comportement alimentaire déviant est souvent un moyen de gérer les émotions, comme le stress, l'anxiété, la pression professionnelle. Les troubles de l'alimentation associés aux comorbidités psychiatriques sont une source de souffrance pour les personnes (26).

Nous avons trouvé que la pratique d'une activité sportive, augmenterait le risque de TCA (OR= 2,34). En effet, la participation à des activités qui favorisent la minceur, comme la danse classique, le mannequinat et l'athlétisme, représentent des facteurs de risque de développer un trouble de l'alimentation comprennent. Arnal al ont démontré que réaliser une activité physique pour contrôler son poids, était positivement associée à un SCOFF-F positif (15). Dans un autre travail, ce même auteur a retrouvé que la pratique d'un sport à haut niveau était associée au SCOFF-F positif (7). En effet, une activité physique à haut niveau peut demander un contrôle strict de son poids que ce soit pour améliorer la performance physique ou l'aspect esthétique, ce qui peut être en lien avec l'apparition d'un TCA. Quelques auteurs, ont cependant démontré que le risque de TCA, a particulièrement augmenté en cas de sédentarité (16). De ce fait, le MF doit rester vigilant devant toute femme athlète, il doit envisager un exercice modéré régulier et éduquer la patiente à propos de la nutrition appropriée.

Dans notre étude, un antécédent de TCA chez la fratrie a augmenté le risque de TCA par 1,6. Les premières études faites sur les TCA se sont attachées à confirmer la réalité du concept de « famille psychosomatique » en recherchant des ressemblances au sein des familles de jeunes patients souffrant de TCA. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer une telle surreprésentation. Il peut s'agir d'une hérédité génétique en quelque sorte innée ou, au contraire, d'une caractéristique acquise et d'ordre environnemental. Dans cette seconde hypothèse, elle pourrait être médiée par des interactions familiales spécifiques et donc acquise au cours du développement (27).

Nous avons constaté une association significative entre les TCA et le régime actuel et le nombre des repas consommés avec des OR respectifs de 3,68 et 4,26. Arnal et al ont démontré une corrélation significative entre un SCOFF-F positif et la réalisation d'un régime sans graisse (7), ce type de régime peut être pratiqué dans le cadre d'un excès pondéral, ou en cas de TCA restrictif dans un contexte de phobie alimentaire liée aux calories associées aux produits riches en lipides. Les auteurs, ont également démontré que ces troubles de l'alimentation étaient associés avec la durée des repas, manger en moins de 15 min était positivement associée à un SCOFF-F positif (OR= 2,61, p = 0,002) (7). Les médecins de famille, de première ligne, sont plus susceptibles de voir des jeunes avec des connaissances inexacts sur la fourchette normale de poids, les habitudes alimentaires et les besoins nutritionnels adéquats. Ils doivent donc identifier les patients particulièrement à risque et ceux qui ont déjà présenté des TCA susceptibles d'entraîner une morbidité médicale et psychiatrique. La discussion des concepts d'alimentation normale, de régime et des modalités d'exercice adapté est recommandé.

### Limites méthodologiques

L'originalité de notre travail découle du fait qu'il n'existe pas, à nos connaissances, d'études portant sur les TCA chez la femme arabe en première ligne, ni précisément la femme tunisienne. La plupart des études de dépistage et d'incidence des TCA se sont basées sur les dossiers des patients en milieu hospitalier et en ambulatoire, les obèses, les adolescents et les étudiants. Cependant, notre étude n'était pas à l'abri de quelques insuffisances liées à un biais de sélection des patientes avec une variabilité des consultantes dans les deux secteurs de soins privé et public. En outre, la conduite de l'étude dans une conjoncture de confinement suite à l'expansion d'une pandémie de la Covid-19 et à la proximité de la localisation des centres de santé de la ville universitaire. Le recueil des données a été fait au moyen du questionnaire SCOFF-F, non validé contextuellement et linguistiquement en dialecte tunisien.

### CONCLUSION

Notre étude a conclu à une fréquence élevée (48%) des TCA chez les femmes consultantes en première ligne. Ces troubles étaient associés à un comportement familial

commun, surtout chez la fratrie et à un état psychologique particulier qu'il est intéressant de repérer par le MF et d'adopter une prise en charge familiale et multidisciplinaire, à travers des stratégies interventionnelles. Ainsi le rôle du MF s'avère crucial, étant le meilleur connaisseur de sa communauté et coordinateur entre les différents acteurs, pour instaurer des programmes d'éducation et de prévention dans les structures de première ligne, et assurer une prise en charge précoce et un meilleur pronostic de cette maladie.

### Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

### REFERENCES

- Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prévalence des troubles du comportement alimentaire au cours de la période 2000-2018 : une revue systématique de la littérature. *J Clin Nutr Metab.* 2019;33(1):112.
- Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res.* 2005 Aug 1;59(2):51-5.
- Charfi N, Trigui D, Ben Thabet J 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. *Tunis Med.* 2015; 93 : 721.
- Ketata W, Aloulou J, Charfi N, Abid M, Amami O. Hyperphagie boulimique et obésité: aspects épidémiologiques, cliniques et psychopathologiques. Étude d'une population d'obèses à Sfax (Tunisie). *Ann Endocrinol.* 2009; 70:462-7.
- Khiri M, Mizouri R, Boukhatia F et al. Prévalence des troubles du comportement alimentaire chez un groupe d'obèses tunisiens. *J Clin Nutr Metab.* 2019;33(1):40-1.
- Garcia FD, Grigioni S, Allais E, Houy-Durand E, Thibaut F, Déchelotte P. Detection of eating disorders in patients: validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. *Clin Nutr.* 2011;30(2):178-81.
- Arnal M, Fayemendy P, Morin B et al. Dépistage des troubles du comportement alimentaire à l'aide du SCOFF-F chez 964 actifs et étudiants en Haute-Vienne. *J Clin Nutr Metab.* 2019;33(1):15-6.
- Hubin-Gayte M. Troubles des conduites alimentaires et maternité : analyse de forums sur Internet. *Ann Med Psychol.* 2011;169(10):615-620.
- Garcia FD, Grigioni S, Chelali S, Meyrignac G, Thibaut F, Déchelotte P. Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *World J Biol Psychiatry.* 2010;11(7):888-93.
- Lajili O, Htira Y, Benali K, Rachdi R, Benmami F. Obésité et troubles du comportement alimentaire chez les tunisiens. *Ann Endocrinol.* 2020; 81 :467.
- Safer M, Zemni I, Mili M, Salem B, Zaafrane F. Eating disorders: Prevalence and associated factors among health occupation students in Monastir University (Tunisia). *Tunis Med.* 2020;98(12):895-912.
- Deschasaux-Tanguy M, Druesne-Pecollo N, Esseddik Y et

- al. Diet and physical activity during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) lockdown (March–May 2020): results from the French NutriNet-Santé cohort study. *Am J Clin Nutr.* 2021;113(4):924-38.
13. Manoudi F, Adali I, Asri F, Tazi I. Approche épidémiologique de la boulimie et du comportement alimentaire inhabituel en milieu universitaire à Marrakech (Maroc). *Ann Med Psychol.* 2010;168(9):694-697.
  14. Lachaud M, Miquel V, Rousseau A, Chabrol H. Pratiques alimentaires et préoccupations corporelles chez les jeunes femmes. *J Behav Cogn Ther.* 2004;14(3):131-4.
  15. Arnal M, Fayemendy P, Morin B et al. Dépistage des troubles du comportement alimentaire à l'aide du SCOFF-F chez 330 patients obèses pris en charge en Limousin. *J Clin Nutr Metab.* 2020;34(1):79.
  16. Grigioni S, Déchelotte P. Épidémiologie et évolution des troubles du comportement alimentaire. *Médecine & nutrition.* 2012;48(1):28-32.
  17. Tomori M, Rus-Makovec M. Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students. *J Adolesc Health.* 2000;26(5):361-7.
  18. Williams PM, Goodie J, Motsinger CD. Treating eating disorders in primary care. *Am Fam Physician.* 2008 Jan 15;77(2):187-95.
  19. Hoek HW. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2016;29(6):336-9.
  20. Ivancic L, Maguire S, Miskovic-Wheatley J, Harrison C, Nassar N. Prevalence and management of people with eating disorders presenting to primary care: a national study. *Aust N Z J Psychiatry.* 2021 Nov;55(11):1089-100.
  21. Ogg EC, Millar HR, Pusztai EE, Thom AS. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 1997 Jul;22(1):89-93.
  22. Hay P, Mitchison D. Eating Disorders and Obesity: The Challenge for Our Times. *Nutrients.* 2019 May 11;11(5):1055.
  23. Omri M, Mahjoub F, Ben Amor N, Triki S, Bahri A, Jamoussi H. Troubles du comportement alimentaire chez un groupe d'obèses Tunisiens candidats à une chirurgie bariatrique. *Ann Endocrinol* 2017;78:441.
  24. Mangweth-Matzek B, Hoek HW. Epidemiology and treatment of eating disorders in men and women of middle and older age. *Curr Opin Psychiatry.* 2017;30(6):446.
  25. Delaunay AL, Gérardin P, Godart N. Prise en charge en hôpital de jour des adolescents présentant un trouble des conduites alimentaires : revue de la littérature internationale et état des lieux en France. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2019;67(4):203-12.
  26. Portzky G, van Heeringen K, Vervaeke M. Attempted suicide in patients with eating disorders. *Crisis: Crisis.* 2014;35(6):378.
  27. Cook-Darzens S. Apports de la recherche familiale dans les troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent: acquis, défis et nouvelles perspectives. *Thérapie familiale.* 2013;34(1):39-67.