

Étude pilote de validation de la trame d'entretien de l'Évaluation Structurée des Comportements Alimentaires Problématiques (ESCAP)

Travail de Bachelor

Genève, le 10 octobre 2012

Mathilde Chappuis – N° 04594834

Tania Lourenco – N° 07297633

Directrice

Mme Maaike Kruseman, Diététicienne diplômée HES et Professeure HES
Haute École de Santé, filière Nutrition et diététique, Genève

Investigatrice et partenaire de terrain

Mme Magali Volery, Diététicienne diplômée ES et Psychologue diplômée FSP
Centre de Consultations de Nutrition et Psychothérapie, Genève

Membre du jury

Mme Isabelle Carrard, Docteur en psychologie diplômée FSP et Adjointe scientifique
Haute École de Santé, filière Nutrition et diététique, Genève

Remerciements

Nous désirons remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de notre travail de Bachelor.

Merci à Madame Magali Volery, Psychologue diplômée FSP et Diététicienne diplômée ES, Centre de Consultations de Nutrition et Psychothérapie (CCNP), Genève, notre investigatrice et partenaire de terrain pour sa disponibilité et son aide tout au long de notre travail, ainsi que pour avoir mis à notre disposition ses locaux et nous avoir permis de réaliser le prétest dans son établissement.

Merci à Madame Maaïke Kruseman, Diététicienne diplômée HES et Professeure HES, Haute École de Santé, filière Nutrition et diététique, Genève, notre directrice de travail de Bachelor pour sa disponibilité, son suivi et ses précieux conseils qui ont permis l'évolution de notre travail.

Merci à toute l'équipe de professionnels du CCNP pour leur soutien et leur aide dans nos démarches.

Merci aux professionnels de la santé qui nous ont accordé leur soutien dans notre travail et leur temps pour répondre à notre interview sur la trame d'entretien.

Merci à nos proches qui nous ont accordé leur soutien et leur temps pour répondre à nos questions.

Merci aux clients du CCNP, qui ont accepté de faire partie de notre étude et nous ont permis de réaliser les prétests.

Merci aux diététiciens suivant la formation sur le dépistage et la prise en charge des patients souffrants de TCA d'avoir accepté de répondre à quelques questions sur la trame d'entretien.

Un grand merci à tout le personnel de la filière Nutrition et diététique et du Centre de documentation, Haute école de santé, Genève, pour leurs réponses à nos interrogations et leur aide précieuse dans nos recherches.

Pour terminer, nous souhaitons remercier de tout cœur nos familles et nos amis pour leur soutien et leur aide dans ce projet.

Préambule

Le présent Travail de Bachelor s'inscrit dans le cadre du module « Méthodologie de recherche et processus qualité, Travail de Bachelor ». Il est réalisé par deux étudiantes en 3^{ème} année Bachelor de la filière Nutrition et diététique de la HEdS : Tania Lourenco et Mathilde Chappuis.

A cette occasion, les deux investigatrices ont eu l'occasion d'effectuer un stage individuel au sein du Centre de Consultation de Nutrition et de Psychothérapie (CCNP) fondé par Magali Volery. L'équipe du centre était le principal partenaire de terrain qui a contribué à la réalisation de stages très enrichissants, grâce à une intégration à l'équipe et aux pratiques des suivis diététiques et psychothérapeutiques. Ces stages ont permis de développer une meilleure connaissance des problématiques liées au comportement alimentaire.

Maaïke Kruseman, Diététicienne diplômée HES et Professeur HES de la filière Nutrition et diététique, et directrice du Travail de Bachelor, nous a orienté tout au long du projet de recherche. Ce travail est la première rédaction scientifique effectuée par les investigatrices. Cette expérience s'est révélée passionnante et les démarches effectuées pour mener à bien le projet ont été très instructives. Le sujet du travail a été choisi par les investigatrices. Cette liberté a représenté un moteur tout au long de la réalisation par leur intérêt porté aux problématiques alimentaires.

Au final, la réalisation du travail a permis de développer de nouvelles compétences dans les domaines de la recherche et de la rédaction scientifique.

Étude pilote de validation de la trame d'entretien Évaluation Structurée des Comportements Alimentaires Problématiques (ESCAP)

Résumé

Introduction

L'incidence des troubles du comportement alimentaire et des comportements alimentaires problématiques va croissant. Afin de détecter rapidement ces problématiques et offrir une prise en charge adaptée, une trame d'entretien a été conçue sous la forme d'un entretien semi-structuré. Cet outil de 14 items et 57 questions, nommé ESCAP (pour Évaluation Structurée des Comportements Alimentaires Problématiques), est largement utilisé en clinique depuis de nombreuses années mais n'a jamais été validé formellement. Il a été élaboré sur la base des critères du DSM-IV-TR pour dépister l'hyperphagie boulimique en évaluant les principaux aspects du comportement alimentaire.

But

Le but de l'étude pilote était de tester l'acceptabilité, de vérifier la fiabilité et d'élaborer l'ensemble des procédures destinées à la validation de critère de l'outil ESCAP.

Méthode

Chaque item de la trame a été testé dans 3 échantillons distincts (population neutre, professionnels de la nutrition et patients d'un centre de consultation de nutrition et psychothérapie).

Résultats

Les objectifs de chaque item, la structure de l'entretien, l'intelligibilité et la clarté des questions, leur ordre et leur formulation ont été évalués aux cours d'entretiens individuels. La correspondance d'étalons-or avec chaque problématique dépistée a été effectuée en les identifiant au moyen d'une revue de littérature exhaustive.

Conclusion

En conclusion, l'étude a permis d'élaborer une version adéquate de l'outil ESCAP, et d'identifier les définitions et étalons-or qui permettront de valider formellement cet instrument.

Mots-clés

Obésité, troubles des conduites alimentaires, hyperphagie boulimique, trame d'entretien, questionnaire, étalon-or, comportement alimentaire problématique.

Table des matières

1. Introduction	6
2. But et objectifs du projet	7
2.1. Objectifs généraux	7
2.2. Objectifs spécifiques	7
3. Cadre de référence	8
3.1. Comportements alimentaires problématiques.....	8
3.1. Epidémiologie.....	9
3.3. Pratique diététique	10
3.4. Outils de dépistage.....	11
3.5. Sélection d'outils.....	13
3.5.1. <i>Bulimic Investigatory Test of Edinburgh</i>	13
3.5.2. <i>Dutch Eating Behaviour Questionnaire</i>	14
3.5.3. <i>Eating Attitude Test</i>	14
3.5.4. <i>Eating Disorder Examination</i>	15
3.5.5. <i>Eating Disorder Examination Questionnaire</i>	15
3.5.6. <i>Eating Disorder Inventory</i>	16
3.5.7. <i>Night Eating Questionnaire</i>	16
3.5.8. <i>Restraint Scale</i>	17
3.5.9. <i>Three-Factor Eating Questionnaire</i>	17
3.5. Trame d'entretien d'évaluation du comportement alimentaire	17
3.6. Termes spécifiques : définition et étalon-or	18
3.6.1. <i>Hyperphagie boulimique</i>	18
3.6.2. <i>Boulimie nerveuse</i>	19
3.6.3. <i>Comportements Alimentaires Problématiques</i>	19
3.6.4. <i>Restriction cognitive</i>	20
3.6.5. <i>Faim</i>	21
3.6.6. <i>Satiété</i>	21
3.6.7. <i>Appétit</i>	22
3.6.8. <i>Envie</i>	22
3.6.9. <i>Grignotage</i>	22
3.6.10. <i>Compulsion alimentaire</i>	23
3.6.11. <i>Sentiment après compulsion</i>	24
3.6.12. <i>Gêne</i>	24
3.6.13. <i>Rapidité</i>	24
3.6.14. <i>Hyperphagie nocturne</i>	25
3.6.15. <i>Réactions alimentaires aux affects négatifs</i>	26
3.6.16. <i>Réactions alimentaires aux affects positifs</i>	26
3.6.17. <i>Crise de boulimie</i>	27
3.6.18. <i>Comportements compensatoires inappropriés</i>	27
3.6.19. <i>Vomissements</i>	28
3.6.20. <i>Laxatifs, diurétiques et coupe-faim</i>	28
3.6.21. <i>Jeûne</i>	29
3.6.22. <i>Exercice physique excessif</i>	29
4. Méthodologie	30
4.1. Description de l'outil ESCAP	30
4.2. Adaptations des items en vue de l'étude.....	32
4.3. Outcome.....	33
4.3.1. <i>Variables mesurées</i>	33
4.4. Population étudiée.....	34

4.4.3. Critères d'inclusion	34
4.4.1. Variables descriptives	35
4.5. Modalités.....	35
4.5.1. Validation	35
4.5.2. Forme du projet	37
4.6. Déroulement du projet	38
4.6.1. Grilles d'évaluation	38
4.6.2. Revue de littérature	38
4.6.3. Entretiens de la population neutre	39
4.6.4. Entretiens des professionnels	39
4.6.5. Entretiens de prétest	40
4.7. Analyses.....	40
4.7.1. Analyse et modification d'ESCAP	40
4.7.2. Éthique	40
4.7.3. Ressources et budget	41
5. Résultats & analyses	41
5.1. Attribution du problème de poids	41
5.2. Restriction cognitive et représentations	42
5.3. Obsession alimentaire	42
5.4. Faim physique ressentie et faim vs envie	43
5.5. Envie de manger	44
5.6. Satiété ressentie et satiété dépassée	45
5.7. Grignotage	46
5.8. Compulsion alimentaire et Quantité et fréquence	47
5.9. Sentiment après la compulsion	48
5.10. Gêne et honte	49
5.11. Rapidité	50
5.12. Hyperphagie nocturne ou « Night eating syndrome »	50
5.13. Réaction alimentaire aux affects négatifs	51
5.14. Réaction alimentaire aux affects positifs	52
5.15. Crises de boulimie	53
5.16. Comportement compensatoire inapproprié (CCI) Vomissement	54
5.17. CCI Abus de médicaments ou substances	55
5.18. CCI Jeûne	56
5.19. CCI Exercice physique excessif	56
6. Discussion.....	58
6.1. Facteurs de confusion, limites et biais.....	59
7. Perspectives	60
7.1. Validation future	60
7.2. Score.....	60
7.2.1. Description et proposition	60
7.2.2. Observations cliniques	61
7.3. Guide d'utilisation d'ESCAP	61
7.4. DSM-V.....	62
7.5. Variables descriptives de la population étudiée	62
7.6. ESCAP adapté aux enfants.....	62
8. Auto-évaluation.....	62
9. Conclusion.....	63
10. Liste des abréviations.....	64
11. Bibliographie	65
12. Annexes.....	69

1. Introduction

La prise en charge traditionnelle du patient obèse, axée sur des régimes additionnés d'activité physique ne semble pas freiner l'épidémie d'obésité qui sévit dans les sociétés occidentales (1) et d'autres facteurs sont vraisemblablement à prendre en compte : les troubles des conduites alimentaires (2), dont les hyperphagies boulimique et nocturne (ou « night eating syndrome ») (3).

La trame d'entretien de l'« évaluation du comportement alimentaire » (Annexe I) a été créée en 2001 par Magali Volery, diététicienne et psychologue, en collaboration avec Professeur Golay, médecin chef du service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques aux Hôpitaux Universitaires de Genève, afin d'évaluer l'hyperphagie boulimique. L'outil a été construit en se référant aux critères du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM-IV-TR (4), afin de permettre un dépistage précautionneux de cette pathologie. Il a aussi été élaboré pour permettre une évaluation des principaux aspects liés au comportement alimentaire.

Actuellement, aucun outil validé en français ne permet de dépister et d'évaluer l'hyperphagie boulimique. C'est pourquoi la présente étude pilote de validation de la trame nommée « Évaluation Structurée des Comportements Alimentaires Problématiques (ESCAP) » a pour motif son amélioration et la promotion de son implémentation documentée dans le dépistage de ce trouble.

L'étude pilote décrite dans ce mémoire détaille les troubles des conduites alimentaires (TCA), les troubles des conduites alimentaires non spécifiés (TCANS) et les comportements alimentaires problématiques (CAP) que dépiste cette trame d'entretien, ainsi qu'établi un consensus scientifique de définitions des termes spécifiques utilisés dans l'évaluation du comportement alimentaire.

Elle détaille l'amélioration de la cohésion globale de la trame évaluée grâce à une série d'entretiens individuels menés auprès de trois échantillons distincts de population. Elle expose les étapes nécessaires à l'optimisation de l'outil à la pratique des professionnels des domaines de la nutrition et des troubles des conduites alimentaires. Enfin, elle relève les étapes nécessaires à sa validation et explique les perspectives envisageables dans l'évolution d'un travail futur.

2. But et objectifs du projet

Le but du projet était d'effectuer une évaluation complète de la trame d'entretien d'Évaluation Structurée des Comportements Alimentaires Problématiques pour l'ajuster afin qu'elle soit optimisée à la pratique des diététiciens et des spécialistes des troubles des conduites alimentaires. ESCAP devait rester un outil facilitant le dialogue et l'établissement du lien thérapeutique, tout en permettant d'obtenir des informations complètes et précises sur le comportement alimentaire du patient. L'évaluation de la validité faciale et de critère a été testée pour chaque item dans trois échantillons distincts (population neutre, professionnels de la nutrition et patients d'un centre de consultation de nutrition et psychothérapie). Une investigation de la méthodologie de validation de questionnaires devait permettre d'obtenir la procédure de validation d'ESCAP.

2.1. Objectifs généraux

- 1) Obtenir à la fin de l'étude pilote, la validité faciale de l'outil ESCAP pour qu'il permette aux diététiciens d'identifier les troubles des conduites alimentaires non spécifiés et les comportements alimentaires problématiques chez des patients débutant un suivi.
- 2) Obtenir à la fin de l'étude pilote, la procédure de validation de l'outil ESCAP, préalablement pré-testée auprès des patients débutant un suivi diététique ou diététique et psychologique au Centre de Consultation de Nutrition et Psychothérapie.

2.2. Objectifs spécifiques

- a) Recueillir l'avis de professionnels qui ont déjà utilisé l'outil ESCAP au moyen d'interviews aiguillés par une liste de questions réalisée préalablement.
- b) Evaluer la compréhension, la cohérence de l'ordre et la pertinence des questions, ainsi que la clarté des instructions et l'avis sur la longueur et la mise en page d'ESCAP par les professionnels utilisant l'outil.
- c) Evaluer la compréhension des questions par les patients soumis à l'ESCAP lors de leur premier entretien au moyen d'une grille d'évaluation confectionnée préalablement.
- d) Modifier l'outil à l'aide des observations recueillies auprès des professionnels interviewés dans un premier temps, puis auprès des patients dans un second temps.
- e) Obtenir l'accord écrit des patients débutant un suivi diététique de participer à l'étude ESCAP.
- f) Tester la procédure de validation d'ESCAP auprès de patients débutant un suivi diététique.
- g) Déterminer au moyen d'une revue de la littérature la définition la plus adéquate de chaque CAP.
- h) Identifier les étalons-or correspondants à chaque CAP évalué par ESCAP, sous forme de questionnaires validés ou de diagnostics sûrs effectués par un professionnel expert du domaine, qui pourront être utilisés lors de la validation future d'ESCAP.
- i) Elaborer la procédure de validation d'ESCAP.

3. Cadre de référence

3.1. Comportements alimentaires problématiques

La société occidentale incite à penser que pour parvenir au succès et à la réussite professionnelle, sociale et émotionnelle, il est nécessaire d'être physiquement attractif. Les critères de « beauté » édictés semblent avoir un dénominateur commun pour les hommes comme pour les femmes : *la maigreur* (5).

Elle est actuellement perçue comme une norme à cause du vecteur puissant que sont les médias. Cette norme semble être renforcée par le phénomène d'épidémie d'obésité qui touche les pays développés. Il déclenche une crainte de grossir et de faire partie de cette population obèse à risque cardio-vasculaire élevé et mortel. En conséquence, tout excès de poids est stigmatisé, car il engendre des répercussions néfastes sur la santé, mais surtout il ne permet pas de se conformer à la norme sociale d'apparence physique, réputée adéquate. En évoluant avec un lavage de cerveau médiatique et sociétal continu, l'individu associe l'excès de poids à un obstacle au succès et au bonheur (5).

Depuis des décennies, ces exigences se présentent à travers les médias sous forme de régimes divers et variés qui s'affichent comme *une solution à tous vos problèmes de poids*. Les régimes restrictifs aboutissent à une perte pondérale de quelques kilos à court terme, souvent repris à l'interruption de la diète. Celle-ci arrive un jour ou l'autre, car vivre en se restreignant en permanence est extrêmement contraignant. On peut alors se demander comment notre société a-t-elle pu espérer d'individus obèses qu'ils s'astreignent à une restriction calorique permanente pour perdre des dizaines de kilos superflus avec ces mêmes régimes ?

Paradoxalement, l'individu obèse se conformant aux normes entre dans un cercle vicieux dont s'extirper indemne est presque impossible. En effet, dans le cas des patients obèses, une perte de poids est le plus souvent suivie d'une reprise pondérale. Ainsi notre société bienveillante promeut sans relâche de nouveaux régimes dont l'inefficacité est démontrée scientifiquement chez cette population avec un taux d'échec de 90 % à 3 ans (6). Mais en plus, ces pratiques d'amaigrissement ne sont pas sans risque et la littérature détaille non seulement la « reprise de poids plus importante qu'avant la diète, mais aussi la péjoration de l'état nutritionnel et l'aggravation, voire l'induction de troubles du comportement alimentaire » (7).

L'individu se trouve mis en situation de défaite presque constante et répétée, qui peut engendrer d'autres problèmes d'ordre psychologique (8). L'échec est l'un des effets secondaires des régimes quels qu'ils soient, qui ouvre la porte à des comportements alimentaires pouvant devenir problématiques (7). L'un d'eux a été décrit pour la première fois en 1975 par deux psychologues canadiens, Herman et Mack, il s'agit de la restriction cognitive (9). Elle « se présente comme une intention de contrôle et non comme un contrôle effectif du comportement alimentaire ou du poids » (10). La restriction cognitive est l'une des problématiques abordées dans ce mémoire, qui fait souffrir en silence un très grand nombre de personnes.

Parmi les comportements alimentaires problématiques, certains sont diagnostiqués et reconnus par la médecine comme des troubles d'origine mentale, il s'agit de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse qui sont décrits dans le DSM-IV-TR. Dans le présent mémoire, à l'identique du DSM-IV-TR, ces deux troubles sont qualifiés par l'appellation « troubles des conduites alimentaires ». Ils ne sont

que brièvement abordés, car l'attention a plus particulièrement été portée sur les problématiques méconnues. Le manuel décrit des troubles qui ne remplissent pas les critères des TCA, il s'agit des « troubles des conduites alimentaires non spécifiés », dont l'hyperphagie boulimique ou « Binge eating disorder » fait partie. Elle se traduit principalement par des épisodes récurrents de crises de boulimie sans comportement compensatoire inapproprié (visant à éliminer la nourriture ingérée et symptomatique de la boulimie nerveuse). L'hyperphagie boulimique est une des pathologies à l'étude dans le DSM-IV-TR, qui figurera vraisemblablement comme un TCA dans sa cinquième version, dont la parution est prévue pour 2013 (11). Ceci représente une progression pour le domaine des troubles alimentaires, car l'hyperphagie boulimique touche une plus grande partie de la population générale que les TCA (12) et 40 % des sujets obèses (7).

Ainsi, cet ensemble de problématiques ne sont pas décrites dans DSM-IV-TR, mais sont définies dans la littérature scientifique. Elles comprennent la restriction cognitive référée ci-dessus, l'hyperphagie nocturne, décrite en 1955 par le psychiatre américain Albert Stunkard (13) sous la dénomination « Night Eating Syndrome », le grignotage (4), la compulsion alimentaire, redéfinie par le Professeur Rigaud en 2003 (14), les fringales de sucre ou « Carbohydre cravings », décrites en 1981 par R. J. Wurtman (15), la chocolatomanie décrite par le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (16) et bien d'autres problématiques qui ne seront pas toutes abordées dans ce mémoire. En effet, ces problématiques n'ont pas toutes suscité l'intérêt de la communauté scientifique et les études concernant ces sujets présentent souvent des échantillonnages de population modestes ou un manque de rigueur, les rendant caduques. D'une part, les disparités entre la définition de chacun de ces CAP limitent leur évaluation de manière fiable et d'autre part, leur « non-spécificité » les rend presque inconnus et non-médiatisés. Toutefois, il est essentiel de les considérer comme des pathologies à part entière et de les dépister précocement afin d'adapter la prise en charge du patient à sa problématique, dès le début du suivi.

3.1. Épidémiologie

La progression actuelle des maladies en lien avec l'alimentation et plus particulièrement avec le comportement alimentaire est importante : il s'agit des troubles des conduites alimentaires tels que répertoriés dans le DSM-IV-TR (4) et d'autres problématiques émergentes qui sont passées en revue dans le présent mémoire. On observe, parmi les études réalisées au cours de la dernière décennie, notamment une modification des préoccupations au sujet du poids, une insatisfaction face à l'image du corps et une utilisation abusive de régimes pour perdre du poids déjà tôt chez les jeunes adultes. La prévalence est majoritairement féminine.

En Europe, il y a une dizaine d'années, une étude d'envergure menée dans 6 pays sur un échantillon représentatif d'adultes vus en entretien a révélé que la prévalence de troubles des conduites alimentaires non associés à un trouble psychotique était de 2,51 % chez la population européenne générale. La prévalence de TCA était de 0,5 % pour l'anorexie mentale, de 1,1 % pour la boulimie nerveuse et la prévalence de TCANS était de 1,9 % pour l'hyperphagie boulimique, de 0,7 % pour le sous-seuil d'hyperphagie boulimique et de 3,4 % pour les personnes souffrant de crises de boulimie (17).

Récemment, ces chiffres ont été appuyés par les recherches de Vust sur les troubles alimentaires atypiques qui a fait état, selon les études et les collectifs, d'une prévalence féminine de l'anorexie

mentale d'environ 1 %, de la boulimie nerveuse d'environ 2 à 3 % et des troubles atypiques d'environ 5 % de la population féminine. Ainsi les TCANS et les CAP semblent être jusqu'à 5 fois plus fréquentes dans la population générale que les TCA (12).

En Suisse, l'étude SMASH de 2002 a révélé que parmi 7'420 adolescents de 16 à 20 ans, plus de la moitié des filles de poids normal se trouvaient trop grosses et que 70 % d'entre elles souhaitaient maigrir (18), alors qu'il s'agissait de 55 % lors de l'étude menée en 1994 (19). De surcroît, 20 % d'entre elles se disaient préoccupées en permanence par l'idée de maigrir et 25 % des garçons souhaitaient perdre du poids (18). Cette étude investiguait aussi le recours à des comportements favorisant une perte de poids : les adolescents sélectionnaient le sport et l'alimentation. Ainsi, une fille sur trois (30.6 %) et un garçon sur cinq (20 %) avaient déjà fait un régime dans le but de maigrir (18).

En 2007, l'enquête suisse sur la santé a montré que la population était majoritairement insatisfaite de son poids, puisque 88 % des femmes et 71 % des hommes souhaitaient maigrir. Cette proportion de gens n'était pourtant pas en condition de nécessiter un amaigrissement, car uniquement 37 % était en surcharge pondérale, dont 8 % souffrant d'obésité (20). Il est alarmant de constater que ces chiffres ont drastiquement augmenté depuis 1997 où, parmi une population de poids normal ou insuffisant, 39 % des femmes et 20 % des hommes souhaitaient maigrir (21).

Les études citées montrent la présence et la croissance d'une problématique liée à la préoccupation démesurée autour du poids et de l'image corporelle présente dans les sociétés occidentales. Elles mettent notamment en évidence le désir de maigrir d'une population de poids normal et une utilisation élevée de régimes par des adolescents répondants aux normes de poids. L'augmentation de ces conduites restrictives laissent présumer qu'un terrain très propice au développement futur de comportements alimentaires problématiques est en train de se créer (8).

3.3. Pratique diététique

Dans sa pratique, le diététicien¹ est fréquemment amené à rencontrer des patients souffrants de comportements alimentaires problématiques ou de troubles des conduites alimentaires sans qu'il s'agisse du motif de la consultation. Sachant que la présence d'un trouble du comportement alimentaire est très souvent la cause de l'inefficacité du traitement diététique du patient obèse (2), il est nécessaire de la dépister précocement. Par conséquent, lorsqu'un patient se présente avec une demande initiale de perte de poids, il est essentiel d'investiguer toute perturbation de son comportement alimentaire. Il est effectivement possible que le trouble soit associé à la demande, pouvant être la cause ou la conséquence du problème de poids.

Le diététicien se positionne véritablement en première ligne parmi les professionnels consultés pour ces problématiques qui souvent sont inavouées ou même inconnues du patient. Ainsi, le patient ayant un questionnement au sujet de son poids, consultera un professionnel qualifié pour trouver une solution qu'il estime avoir attrait à son alimentation. Il est vraisemblablement plus sécurisant de consulter un spécialiste de la nutrition plutôt qu'un psychologue ou un autre soignant pour une problématique que le patient n' imagine pas aussi importante qu'un trouble psychique. Le diététicien

¹ Le masculin est utilisé dans ce dossier invariablement pour la profession des diététiciens et des diététiciennes.

est un professionnel formé à recevoir ces patients, apte à débiter une prise en charge et à la déléguer au soignant approprié selon les dispositions du patient.

Initialement, la profession de diététicien était hospitalière et féminine, puis elle s'est diversifiée pour répondre à l'évolution des modes de vie. Si bien qu'elle s'étend actuellement à de nombreux domaines : l'éducation nutritionnelle à l'école, le conseil aux consommateurs, les allergies alimentaires, la recherche appliquée en nutrition, les enquêtes épidémiologiques, la nutrition sportive et les problématiques en lien avec le comportement alimentaire notamment (22). Il y a une vingtaine d'années, une augmentation de l'obésité a été observée dans les pays industrialisés. Elle était vraisemblablement liée au déséquilibre de la balance énergétique et les professionnels de la santé ont proposé en toute logique des restrictions alimentaires à leurs patients (2). L'utilisation d'une grande variété de régimes n'a pas produit les effets escomptés, mais s'est soldée non seulement par une inefficacité sur le long terme, mais aussi par une kyrielle d'effets néfastes pour la santé des patients (2) (6). De nos jours, une prise en charge valorise davantage l'établissement d'un lien thérapeutique avec le patient. Le diététicien est régulièrement amené à utiliser les principes de l'éducation thérapeutique dans sa démarche de soins (23) (24) (25) et nécessite de disposer d'outils cliniques adaptés à l'évolution de sa pratique. La trame d'entretien qui fait l'objet du présent mémoire est un outil francophone qui tend vers ce besoin d'identifier les différentes problématiques en lien avec le comportement alimentaire sans compromettre le lien thérapeutique. Son efficacité est démontrée par le fait qu'elle est utilisée depuis une décennie par certains praticiens, bien qu'elle n'ait pas encore fait l'objet d'une étude de validation.

3.4. Outils de dépistage

Actuellement, plusieurs outils existent pour dépister les troubles des conduites alimentaires, les principaux sont listés ci-après dans le tableau 1. Ils ont été élaborés et validés initialement en anglais, puis ont été traduits en français et sont utilisés dans la pratique professionnelle des psychiatres, psychologues et d'autres spécialistes des TCA. Certains diététiciens spécialisés y ont recours, pour dépister ou confirmer un trouble des conduites alimentaires chez leurs patients. De plus, ils représentent des outils reconnus scientifiquement permettant de valider leurs évaluations auprès d'autres professionnels.

Ces questionnaires ont été élaborés pour effectuer un dépistage et une évaluation des TCA tels que répertoriés dans le DSM-IV-TR, soit l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse. Un résultat est obtenu sous forme de score, variant selon les réponses du patient, qui indique si le patient remplit ou non les caractéristiques du trouble. Ces questionnaires sont parfois munis d'autres échelles fournissant des informations complémentaires, telles que le degré de sévérité ou de restriction par exemple. Cette méthode est relativement simple d'utilisation et donne une réponse chiffrée amenant une information utilisable pour diagnostiquer le patient. Cependant, elle n'apporte que quelques nuances concernant le comportement alimentaire et il est nécessaire de réviser chaque réponse point par point pour obtenir une évaluation précise. Lorsqu'un score élevé n'atteint pas le seuil de dépistage du trouble fixé, il témoigne toutefois de l'existence d'une problématique. Ainsi, l'utilisation appropriée de tout questionnaire, nécessite de bonnes connaissances du questionnaire et du domaine des troubles des conduites alimentaires.

Nom	Auteur(s)	Date de création	Références	Variables étudiées par le questionnaire	Type de questionnaire	Traduction française
Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE)	Henderson M, Freeman CP	1987	(26) (27)	- Symptômes boulimiques ou accès de frénésie alimentaire Dépistage : Boulimie	Auto-administré	oui
Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ)	Van Strien T. et al.	1986	(28) (29)	- Restriction - Alimentation en réaction aux émotions - Alimentation en réponse à des stimulations externes	Auto-administré	oui
Eating Attitudes Test (EAT)	Garner DM, Garfinkel PE	1979	(27) (30) (31) (32)	- Gravité de l'anorexie mentale et son évolution Dépistage : Anorexie	Auto-administré	oui
Eating Disorder Examination (EDE)	Cooper Z, Fairburn C.	1987	(33) (34)	- Habitudes alimentaires déviantes (restriction alimentaire extrême, épisode de boulimie, refus de manger en public) - Méthodes de contrôle du poids (vomissements provoqués, abus de laxatifs, diurétiques, exercice physique excessif et restriction alimentaire extrême) - Préoccupation liée à la forme corporelle et au poids	Trame d'entretien semi-structuré	non
Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)	Fairburn CG, Beglin SJ	1994	(35) (36)	- Restriction - Préoccupations en lien avec la forme corporelle et le poids Dépistage : Hyperphagie boulimique	Auto-administré	oui
Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2)	Garner DM.	1991	(37)	- Recherche de la minceur - Insatisfaction corporelle - Perfectionnisme - Conscience intéroceptive - Ascétisme - Insécurité sociale - Boulimie - Inefficacité - Méfiance interpersonnelle - Peur de la maturité - Contrôle des pulsions	Auto-administré	oui
Night Eating Questionnaire (NEQ)	Allison KC et al.	2008	(38)	- Intensité du comportement et des symptômes psychologiques liés à l'hyperphagie nocturne Dépistage : Hyperphagie Nocturne	Auto-administré	non
Restraint Scale (RS)	Polivy J, Herman CP, Warsh S.	1978	(39)	- Désinhibition - Fluctuations de poids Dépistage : Restriction	Auto-administré	oui
Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ)	Stunkard AJ, Messick S.	1985	(40) (28)	- Restriction cognitive - Désinhibition et perte de contrôle - Faim	Auto-administré	oui

Tableau 1 : Récapitulatif des questionnaires de dépistage des troubles des conduites alimentaires.

Dans sa pratique, le diététicien rencontre souvent des patients souffrants comportements alimentaires problématiques difficilement mesurables et plus rarement de TCA. Il est notamment amené à rencontrer des patients accablés par des maux comme l'hyperphagie boulimique, la restriction cognitive et le grignotage ou autres CAP. Ces problématiques sont peu connues du grand public et des professionnels de la santé non spécialisés. Souvent, elles ne sont ni dépistées, ni diagnostiquées, alors qu'une prise en charge adaptée permettrait au patient de retrouver une alimentation plus sereine et une stabilisation voire une diminution du poids (41). La méconnaissance des CAP et le manque d'outils pour les dépister sont la cause de l'inadéquation de leur prise en charge. Cependant, le traitement de ces problématiques demeure complexe et les cas graves nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire diététique et psychologique (42).

3.5. Sélection d'outils

Les outils de dépistage de problématiques communes à l'ESCAP disponibles en français ont été extraits d'une revue de la littérature exhaustive et sont disponibles en Annexe II. Deux questionnaires n'ayant pas de version française apparaissent ici pour des raisons de singularité et de similarité à la trame étudiée.

3.5.1. Bulimic Investigatory Test of Edinburgh

Description

Le « Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE) » (26), en français « Inventaire de la boulimie d'Edinburg », est un questionnaire auto-administré qui identifie les personnes souffrant de symptômes boulimiques ou d'accès de frénésie alimentaire (crises de boulimie). Il est constitué de 33 questions réparties en deux sous-échelles : une échelle mesurant le nombre de symptômes présents et une échelle mesurant la fréquence des comportements de frénésie alimentaire et de purge (sévérité) (27).

Point fort

Outil de dépistage de la boulimie validé en anglais ; court et simple à utiliser ; version française souvent employée en clinique et lors d'études (27).

Point faible

Pas de validation en français ; non fiable pour détecter les personnes souffrant d'anorexie mentale de type avec crises de boulimie, les sous-seuils de la boulimie ou l'hyperphagie boulimique (27) (43) ; pas mis à jour depuis 25 ans (27) : validation anglaise du BITE effectuée en 1987 selon les critères de la boulimie du DSM-III et de Russell datant de 1979 (44) ; pas d'évaluation du comportement compensatoire inapproprié « exercice physique excessif » (26).

3.5.2. Dutch Eating Behaviour Questionnaire

Description

Le « Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) » (29), en français « Questionnaire Néerlandais de T. Van Strien » est un questionnaire auto-administré, composée de 3 échelles et de 33 questions, qui évalue trois facteurs : restriction, émotivité et externalité alimentaires (réaction alimentaire aux situations externes). Un score élevé au DEBQ donne une indication de la réussite de la composante restrictive et du comportement de régime. Un score élevé d'émotivité et d'externalité dénote l'existence d'éventuelles conduites alimentaires déviantes, ou CAP (28).

Point fort

Validé en français en 1995 par Lluch et al. (28), résultats excellent concordants avec ceux obtenus précédemment par les auteurs néerlandais : cohérence interne (coefficients α de Cronbach $> 0,70$) et fiabilité (bonne stabilité du test-retest) ; très bonne validité interne (coefficients α supérieurs à ceux du TFEQ) ; adapté pour dépister certains CAP (dont la restriction cognitive) ; applicable à des populations familiales, bonne compréhension des questions par les enfants (45), (28).

Point faible

Fiabilité de l'échelle de restriction discutable, déjà observé lors d'études ultérieures (pas de différenciation des patientes des trois groupes par leur niveau de restriction alimentaire) (28) ; cohérence interne et fiabilité de l'échelle d'externalité plus faibles (échelles de restriction et d'émotivité élevées).

3.5.3. Eating Attitude Test

Description

Le « Eating Attitude Test (EAT) » (30), en français « Échelle d'auto-évaluation de l'anorexie mentale » permet de différencier des sujets souffrants d'anorexie mentale de sujets « contrôle » (27). Il existe plusieurs versions dont deux (EAT-26 et EAT-40) ont été validées en français et ont donné d'excellents résultats (corrélation entre les deux à 0,98) (31) (32). La version réduite (EAT-26) est composée de 26 questions évaluant la restriction alimentaire (13 items), la boulimie et les préoccupations concernant la nourriture (6 items) et le contrôle de la prise alimentaire (7 items) (27). Elle peut être utilisée comme outil de dépistage d'un comportement alimentaire inadapté, mais l'obtention d'un score élevé n'est pas synonyme d'anorexie (27).

Point fort

Validé en français sur des populations de femmes adultes et adolescentes pour le dépistage de l'anorexie mentale (27).

Point faible

Incapacité à différencier les sujets souffrant d'anorexie de type jeûne de ceux de type boulimie (46).

3.5.4. Eating Disorder Examination

Description

Le « Eating Disorder Examination (EDE) » (33) (34) est une trame d'entretien semi-structuré initialement développé pour mesurer l'anorexie et la boulimie. Elle évalue les habitudes alimentaires déviantes (restriction alimentaire extrême, épisode de boulimie, refus de manger en public), les méthodes de contrôle du poids (vomissements provoqués, abus de laxatifs ou de diurétiques, exercice physique excessif et restriction alimentaire extrême) et la préoccupation par rapport à la forme corporelle et liées au poids (47). (traduction libre)

Point fort

Trame d'entretien évaluant des sujets communs à ESCAP, passant en revue tous les items en lien avec les troubles des conduites alimentaires et dépistant les CAP (47).

Point faible

Aucune version française.

3.5.5. Eating Disorder Examination Questionnaire

Description

Le « Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) » (35), en français « Questionnaire d'examen des troubles alimentaires » (36) est un questionnaire auto-administré élaboré sur la base de la trame d'entretien du EDE (détaillée ci-dessus). Ce questionnaire est divisé en plusieurs sous scores : la restriction, les préoccupations alimentaire, les préoccupations par rapport à la forme corporelle et les préoccupations liées au poids. Une recherche a permis d'obtenir la traduction française du EDE-Q (36), mais aucune étude de validation.

Point fort

Évalue la sévérité du trouble du comportement alimentaire (48) ; adapté pour connaître le nombre d'épisodes de crise de boulimie (excellente fiabilité test-retest pour dépister les crises de boulimie dans un court intervalle de temps) (49).

Point faible

Pas de validation en français ; inadapté pour évaluer la présence de l'hyperphagie boulimique : n'évalue ni les sous-seuils de la crise de boulimie, ni les compulsions alimentaires (49).

3.5.6. Eating Disorder Inventory

Description

Le « Eating Disorder Inventory (EDI) », en français « Inventaire des troubles alimentaires » est un questionnaire auto-administré composé de 8 dimensions de 64 questions qui ont pour but d'investiguer les traits psychologiques et comportementaux communs à l'anorexie mentale et à la boulimie nerveuse (50). L'EDI a été élaboré en 1983 et sa version augmentée de 4 nouvelles échelles en 1991, l'EDI-2 (37), est très fréquemment utilisée pour investiguer les différents aspects des troubles des conduites alimentaires (51). L'EDI-2 se compose de 11 dimensions comprenant notamment la boulimie, décrite comme une « tendance à s'engager dans des conduites alimentaires non contrôlées » (27). Il évalue la symptomatologie associée aux troubles alimentaires et n'est pas un instrument diagnostic (un score élevé est une indication à recommander un entretien) (27).

Point fort

Très bons résultats de cohérence interne dans le dépistage de l'hyperphagie boulimique pour la version anglaise du questionnaire (27) (51) (52) ; version française fréquemment utilisée dans les études scientifiques (53) (54).

Point faible

Pas de validation en français.

3.5.7. Night Eating Questionnaire

Description

Le « Night Eating Questionnaire (NEQ) » (38) élaboré par Allison et al., est un questionnaire auto-administré, comprenant 14 questions. Il évalue l'intensité du comportement et des symptômes psychologiques liés à l'hyperphagie nocturne. Sa validité a été testée par trois études réunies dans un article d'Allison et al. (38), mais elles sont contestées par Striegel-Moore et al. dans leur revue de littérature sur l'inclusion de l'HN dans la cinquième version du DSM (55). Sa version anglaise est très présente dans la littérature scientifique, mais aucune traduction française n'a été mise en évidence.

Point fort

Dépistage de l'hyperphagie nocturne ; validation de la version anglaise (38).

Point faible

Aucune version française ; validation de la version anglaise controversée (55).

3.5.8. Restraint Scale

Description

La « Restraint Scale (RS) » (39) est une échelle de 10 questions mesurant la restriction. Un score de RS élevé est une indication que les conséquences des régimes sont présentes : désinhibition et parfois fluctuations pondérales (28).

Point fort

Évalue la désinhibition et la fluctuation pondérale (28).

Point faible

Pas de validation en français ; uniquement valide à condition d'avoir été remplie entièrement (difficulté relevée chez sujets peu restreints) ; inutilisable pour l'évaluation de sujets obèses (28).

3.5.9. Three-Factor Eating Questionnaire

Description

Le « Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) » (40), en français « Questionnaire de Stunkard et Messick » comprend 51 questions investiguant 3 facteurs, pour chacun desquels un score est calculé. Il évalue le degré de restriction cognitive, la désinhibition et la perte de contrôle, et la susceptibilité à ressentir la faim. Un score total élevé au TFEQ donne une indication de la réussite de la composante restrictive et du comportement de régime. Un score élevé de désinhibition et de faim dénote l'existence d'éventuelles conduites alimentaires déviantes, ou CAP (28).

Point fort

Validé en français en 1995 par Lluch et al. (28) ; adapté pour dépister certains CAP ; applicable à la population de l'étude pilote de validation de l'ESCAP (28) ; évalue aussi la préoccupation liée au régime et la restriction cognitive ; est le seul (parmi DEBQ et RS) à investiguer la restriction réelle, dite « comportementale » (40) (28).

Point faible

Adapté aux populations cliniques, concernées et motivées à prendre en charge leur surcharge pondérale ; validité interne du TFEQ moins bonne que celle du DEBQ (28).

3.5 Trame d'entretien d'évaluation du comportement alimentaire

Lors de la création de la trame d'entretien d'évaluation du comportement alimentaire (Annexe I) en 2001, la prévalence des TCA au sein de la population obèse était en augmentation (23). La présence de ces troubles représentait une contre-indication à la prescription d'un plan alimentaire, plus communément appelé « régime ». Il fallut alors démontrer quels patients étaient concernés, car le motif de la consultation est rarement le comportement alimentaire. La trame d'entretien répondait

alors à un besoin clinique en permettant de dépister l'hyperphagie boulimique, ce que ne faisaient pas les questionnaires existants et dont l'incidence était jusqu'alors sous-estimée (56).

Actuellement, cet outil est toujours utilisé en entretien semi-structuré et utilisé lors d'une première consultation. Son utilisation est bénéfique à la création de l'alliance thérapeutique entre le patient et le soignant, grâce à la formulation ouverte et permissive des questions. Cette trame d'entretien permet une prise en charge ciblée selon les priorités de traitement pour tout nouveau patient demandeur d'une perte de poids, indépendamment de son indice de masse corporelle (IMC)² (57). L'utilisation de la trame est contre-indiquée lorsqu'un patient annonce d'emblée souffrir d'un TCA.

Au cours de l'étude pilote, la trame d'entretien a été modifiée et rebaptisée « ESCAP » pour « Évaluation Structurée des Comportements Alimentaires Problématiques ».

3.6. Termes spécifiques : définition et étalon-or

Un consensus de définition des problématiques et des termes spécifiques abordés, ainsi que des outils leur correspondant a été établi grâce à une revue de littérature scientifique exhaustive.

3.6.1. Hyperphagie boulimique

Définition

Selon le DSM-IV-TR (4), l'hyperphagie boulimique (HB) est présente chez les personnes manifestant des épisodes de crise de boulimie (absorption de grandes quantités de nourriture avec perte de contrôle), sans recours à des comportements compensatoires inappropriés. Elle est source d'une souffrance marquée. Les crises surviennent au moins deux fois par semaine pendant 6 mois. Actuellement, l'HB est considérée comme un TCANS et un sujet pour de futures études, bien que sa prévalence soit plus élevée que celles de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse (58). Selon les auteurs, l'HB est associée au surpoids et à l'obésité (59).

Étalon-or

Parmi les outils créés en anglais, un certain nombre sont utilisés dans la pratique pour le dépistage de l'hyperphagie boulimique, bien qu'ils n'aient primairement pas été conçus dans ce but. Certains existent sous la forme de trames d'entretien semi-structuré, similaires à l'ESCAP, mais qui n'ont pas de version française : EDE (33) (34) et « Structured Interview for Anorexic and Bulimic Disorders for expert rating (SIAB-EX)³ » (60) (61). D'autres sous forme de questionnaires auto-administrés existent en version française : EDE-Q (49) (62) et EDI-2 (37). Ces questionnaires n'ont pas été validés en français, mais ils sont utilisés pour obtenir des indications sur la présence ou l'absence de trouble alimentaire (27). Une étude, menée par Wilfley et al. en 1977 (62), a comparé deux techniques de dépistage de l'HB : entretien dirigé par un investigateur (EDE) ou questionnaire auto-administrée (EDE-Q). Les résultats montrent que certaines questions du EDE-Q devraient être modifiées pour

² IMC = Poids/Taille² permet de définir si un individu est de poids normal (entre 18,5 et 24,9 kg/m²) ou en sous- ou surpoids.

³ Le SIAB-EX n'est pas répertorié ci-dessus, car il présente des caractéristiques très similaires au EDE.

améliorer ses performances et les auteurs concluent que la meilleure méthode pour dépister l'HB est un entretien semi-dirigé utilisant le EDE (62).

L'EDI-2, ayant obtenu de très bons résultats dans le dépistage de l'hyperphagie boulimique lors de la validation de sa version anglaise (52), voit sa version française fréquemment utilisée dans les études (53) (54), mais sans avoir été validé en français (27). En conclusion, un entretien semi-structuré comme le EDE semble être le plus adapté à déterminer si la symptomatologie du trouble alimentaire s'apparente à celle de l'HB.

3.6.2. Boulimie nerveuse

Définition

La boulimie nerveuse (BN) est un TCA qui se manifeste par des épisodes de crise de boulimie (absorption de grandes quantités de nourriture avec perte de contrôle) et un recours à des comportements compensatoires inappropriés, tous deux en moyenne deux fois par semaine pendant trois mois. Les comportements compensatoires inappropriés (CCI), vomissements provoqués, abus de laxatifs ou autres médicaments, périodes de jeûne ou exercice physique excessif, ont pour but de prévenir la prise de poids liée à l'excès de nourriture absorbée. La BN est caractérisée par une influence excessive du poids et de la forme corporelle sur l'estime de soi (4). Elle nécessite une prise en charge psychiatrique et se différencie de l'hyperphagie boulimique par un recours à des CCI, elle constitue ainsi le diagnostic différentiel de l'HB (4) (23).

Étalon-or

Parmi les outils existant, le BITE est depuis 1987 le questionnaire servi pour dépister la boulimie (27). Bien qu'il soit ancien et qu'aucune étude n'ait validé sa version française, cet outil reste très utilisé invariablement dans la pratique et les études scientifiques (27). Son utilisation à grande échelle en fait un outil permettant d'écarter les sujets atteints de boulimie de type avec vomissements ou prise de purgatifs, mais qui n'évalue pas le comportement compensatoire inapproprié d'exercice physique excessif

3.6.3. Comportements Alimentaires Problématiques

Définition

Les Comportements Alimentaires Problématiques ne sont pas décrits dans le manuel DSM-IV-TR (4), en revanche ils ont été définis dans la littérature par de nombreux auteurs. Certains des principaux CAP sont abordés ci-après selon leur concordance avec chacun des items de la trame d'entretien, leur définition a été donnée et l'étalon-or de choix a été référencé. Il s'agit de la restriction cognitive, de l'hyperphagie nocturne, des grignotages, des compulsions alimentaires et des crises de boulimie pour ne citer que ceux abordés avec l'ESCAP.

Étalon-or

La recherche de littérature n'a pas permis de mettre en évidence un étalon-or évaluant tous les CAP, ils sont donc répertoriés individuellement ci-après.

3.6.4. Restriction cognitive

Définition

En 1975, Herman et Polivy (63) définissent la restriction cognitive (RC) comme : « [...] un comportement alimentaire contrôlé par des règles rigides et des croyances concernant les aliments et les quantités permis, afin de contrôler le poids ; ces comportements prennent le pas sur les mécanismes de régulation physiologique ; quand la limite est transgressée, l'individu perd le contrôle de son comportement alimentaire et mange jusqu'à se sentir mal » (64).

En 2004, Zermati complète en précisant que les sensations sont d'abord confuses puis disparaissent après un certain temps. Pour cette raison, les cognitions (ou pensées, règles) deviennent les seuls repères lors des prises alimentaires ; comparables à des « stressseurs », elles génèrent des émotions qui poussent ensuite à manger : la peur de manquer, le couple frustration-culpabilité et le trouble du réconfort (65).

En 2010, Zermati et al. précisent que la restriction cognitive « se caractérise [...] par le glissement d'une tentative de contrôle mental vers un contrôle de plus en plus émotionnel du comportement alimentaire [...]. Elle se compose en quatre stades ou états cliniques caractérisés par leur degré de sévérité. Ces différents états peuvent être installés ou être transitoires, en alternent les uns avec les autres » (66). De plus, il souligne qu'« il est important d'observer que la notion de réussite ou d'échec du contrôle du comportement alimentaire ou du poids n'intervient pas dans cette conception » (67) et « (...) ne fait pas référence à un statut pondéral particulier, ni à un degré particulier de restriction calorique ou à l'existence d'interdits alimentaires » (10).

Étalon-or

La majeure partie des questionnaires n'a pas été élaborée dans le but de dépister la restriction cognitive, néanmoins elle est une composante mesurée par plusieurs. Les scores de restriction (items 1 à 5) et préoccupations alimentaires (items 7, 9 et 19 à 21) du EDE-Q (35) peuvent donner une indication sur l'état de restriction cognitive, mais ceci n'est pas documenté.

La thèse de Lluch et al. (28), a comparé la validité interne de la RS, du TFEQ et du DEBQ, qui évaluent tous trois la restriction (Tableau 2). Les auteurs ont conclu que la validité interne du TFEQ est moins bonne que celle du DEBQ. Le TFEQ est plus adapté à une population clinique et le DEBQ à une population familiale (45). La fiabilité du score de restriction du DEBQ étant discutable (28), le TFEQ semble être le plus adéquat pour vérifier la fiabilité de l'item « restriction cognitive » de l'ESCAP.

Variables de restriction	RS	TFEQ	DEBQ
préoccupation liée au régime	X	X	X
restriction spécifique		X	
fluctuation pondérale	X		
motivation à être mince et à se restreindre	X	X	X
restriction actuelle au quotidien et association entre restriction cognitive et crise de boulimie		X	X
restriction comportementale		X	

Tableau 2 : Variables évaluant la restriction selon les 3 questionnaires RS, TFEQ et DEBQ.

3.6.5. Faim

Définition

La sensation de faim se fait ressentir lorsque le cerveau commence à manquer de glucose. Elle se réfère au besoin de manger et correspond à la question « Y a-t-il à manger ? », elle n'est pas spécifique d'un aliment donné. Elle survient périodiquement et pousse l'Homme à la recherche de nourriture et/ou à débiter un repas. Son ressenti est propre à chaque personne et se manifeste généralement par une gêne au niveau épigastrique qui peut aller jusqu'à une sensation de crampe douloureuse. Ce sentiment s'associe souvent à une faiblesse, nervosité, irritabilité, anxiété voire un malaise général. La faim informe sur le délai qu'il est possible de tolérer avant de manger et non pas sur la quantité de nourriture qui sera ingérée (65) (68) (67).

Étalon-or

Le TFEQ (40) est constitué d'un score indiquant la susceptibilité à ressentir la faim et ce questionnaire est applicable à la population de l'étude pilote de validation de l'ESCAP (28). L'étude menée par Lluch et al. a mis en évidence ses limites : certaines questions (n°21 et 47) peuvent être mal interprétées, car l'utilisation du terme « faim » traduit de « hunger » ne tient pas compte de la différence entre la faim « physiologique » (due à un déficit énergétique) et la faim dite « psychologique » (liée à l'envie de manger) (28). Cependant, les analyses de validité interne effectuées par Lluch et al. (28) obtiennent des résultats similaires à ceux de l'étude de Stunkard et Messick (40). Ce questionnaire pourrait ainsi être utilisé comme l'étalon-or pour l'évaluation de la faim lorsque la validité d'ESCAP sera testée, mais les autres sensations alimentaires ne sont pas évaluées par ce questionnaire.

3.6.6. Satiété

Définition

La satiété est un état de non-faim (65) atteint lorsqu'au cours du repas la faim disparaît (67) ; c'est donc l'absence de faim (69). Elle est associée au bien-être postprandial ressenti comme un sentiment de confort et de plénitude gastrique (68) (65). Il est important de dissocier la satiété du rassasiement qui désigne les mécanismes et signaux mettant fin au repas (67). Le rassasiement est donc un processus physiologique actif et autonome (70) qui apparaît 20 minutes après le début de la prise alimentaire (71). Lorsque la satiété est dépassée, une sensation inconfortable de lourdeur voir même de douleur est ressentie. Les personnes en restriction cognitive y sont sujettes, car elles ne perçoivent que la distension gastrique parmi les signaux de rassasiements. Ce mécanisme de régulation intervient souvent trop tard, ce qui cause le dépassement de leur satiété (65). Le dépassement de satiété peut être inexistant lors d'*hyperphagie prandiale*. « Elle représente une importante consommation de nourriture per-prandiale sans accès incontrôlé. Il s'agirait plutôt d'un trouble de la sensation de satiété alimentaire que d'un trouble du comportement. Le sujet mange beaucoup trop car son repas n'a jamais de fin, et parce que lui a toujours faim » (72).

Étalon-or

La recherche de littérature n'a pas permis de mettre en évidence un étalon-or évaluant la satiété.

3.6.7. Appétit

Définition

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que l'appétit est caractérisé par l'attrait pour un aliment ou groupe d'aliments spécifique (65) (67). Pour certains auteurs, les choix alimentaires ciblés répondent à des signaux du corps qui cherche à satisfaire ses besoins en macronutriments, vitamines et minéraux (65) (69) (73). Ce mécanisme est appelé « appétit spécifique » ou « envie spécifique ». Cette théorie ne fait pas l'unanimité et manquerait de preuves scientifiques (74). Ainsi, le *craving* ne serait pas déclenché par un besoin nutritionnel spécifique. Finalement, « [...] l'appétit est une sensation généralement agréable » qui permet de ressentir du plaisir en phase ingestive et disparaît ensuite lors du rassasiement (69) (73). De cette façon, l'appétit influence la qualité et la quantité de ce qui est mangé. Bien que l'appétit soit décrit comme corrélé à la faim (75), certains auteurs décrivent aussi l'appétit en état de non faim (67) (73) ou le comparent à l'envie de manger (73) (75). Dans ce consensus, l'appétit de l'envie de manger ont été dissociés, car l'appétit a été associé à la faim et l'envie en a été associée à un processus mental et non physique.

Étalon-or

La recherche de littérature n'a pas permis de mettre en évidence un étalon-or évaluant l'appétit.

3.6.8. Envie

Définition

L'envie selon le dictionnaire Larousse est un « besoin organique soudain de quelque chose » (76), les notions de « besoin » et d'« empressément » se retrouvent dans la description qu'en fait Basdevant : « l'envie ou le *besoin impérieux de manger* » (73). L'envie peut apparaître en conséquence d'une restriction cognitive (cf. 3.6.4. Restriction cognitive), dans ce cas la personne aura une envie plus forte pour les aliments qu'elle a supprimés ou réduits (65). « Cette sensation peut être suivie ou non de la consommation d'aliment » (73). Elle est aussi l'un des déclencheurs possibles d'une compulsion (73). L'envie peut également être liée au grignotage, déclenchée par la stimulation sensorielle externe (vue, odorat) (68) (4) (71). « L'appétit spécifique » est aussi appelé « envie spécifique » (74).

Étalon-or

La recherche de littérature n'a pas permis de mettre en évidence un étalon-or évaluant l'envie.

3.6.9. Grignotage

Définition

Le grignotage est la consommation répétitive de petites quantités d'aliments facilement accessibles, étendue sur toute la journée ou en partie (4) (73). Le grignotage est défini par son caractère automatique et quasi permanent, ainsi que par l'absence d'élection d'un aliment spécifique. Les auteurs indiquent qu'il n'est pas nécessairement généré par la faim ou l'envie de manger (68) (73), il s'agit d'une réponse à une stimulation externe sensorielle (vue, odorat) induisant une prise alimentaire extra-prandiale (71). Ces aspects différencient le grignotage de la compulsion alimentaire

et de la crise de boulimie (4) (68). Enfin, il se distingue aussi de la collation, qui est une prise alimentaire de quantité modeste, déterminée et non répétitive (77).

Étalon-or

La trame d'entretien EDE (33) (34) est le seul outil à investiguer le grignotage avec l'item « picking (nibbling) » (58), mais elle n'a pour version française que sa version courte, le EDE-Q n'investiguant pas le grignotage. La revue de la littérature a fait ressortir que ce sujet est rarement questionné dans les études et que son investigation se fait sous forme d'entretien avec le patient.

Une étude menée par Lluch et al., avait catégorisé des femmes en groupes « normales », « grignoteuses » et « compulsives » au moyen d'un entretien avec un professionnel, puis chacune avait rempli le TFEQ et le DEBQ. Les résultats n'ont pas permis de mettre en évidence des différences dans les réponses du groupe « grignoteuses » par rapport à celles du groupe « normales » (28).

En conclusion, la fiabilité de l'item « grignotage » de la trame ESCAP devra être vérifiée au moyen d'un entretien avec un spécialiste du domaine des troubles des conduites alimentaires (médecin, psychiatre, psychologue, diététicien, infirmier ou autre personnel spécialisé).

3.6.10. Compulsion alimentaire

Définition

La compulsion alimentaire est, pour certains auteurs, la consommation impulsive et soudaine d'un aliment ou groupe d'aliment donnés survenant entre les repas (68) (14) (73). Cette impulsion naît d'une envie de manger et non d'une sensation de faim (2) (65) (73). Pour Zermati, elle est la manifestation de l'état de désinhibition du mangeur restreint (65), lorsque le mangeur cède à cette envie, l'ingestion des aliments procure initialement du plaisir (14) (73). Les auteurs évoquent la présence d'un sentiment de perte de contrôle (14) ou d'une perte de contrôle réelle de la consommation (65) (73). Directement après la prise alimentaire, le sujet éprouve de la culpabilité (68) (65) (73) qui « peut retarder, voire empêcher d'éprouver le plaisir alimentaire qu'elle procure » (73). Rigaud aborde la notion d'une certaine rapidité dans la consommation lors de la compulsion alimentaire (14). La quantité d'aliments consommée est définie par Basdevant et al. comme variable, elle peut être limitée (une pâtisserie, une tranche de saucisson) ou atteindre des valeurs caloriques importantes (une tablette de chocolat) (73).

Zermati apporte la notion que la compulsion n'implique pas nécessairement une consommation : « envie [...] *avec ou sans* passage à l'acte » (65). En outre, certains auteurs se sont penchés sur ces envies spécifiques appelés en anglais « cravings ». D'une part, Holley dément l'interprétation populaire du « craving » comme étant déclenchée par une carence nutritionnelle et explique que des symptômes de fatigue ou diminution de l'immunité sont perçus dans ces cas et non des envies spécifiques (74). D'autre part, Wurtman et al. décrivent des compulsions composées exclusivement d'aliments sucrés : les fringales de sucre, ou « carbohydrate cravings », qui s'apparentent à une toxicomanie et agissent sur l'augmentation des taux de sérotonine cérébrale (15).

Étalon-or

Reas et al. ont démontré que le EDE-Q n'était pas adapté au dépistage de la compulsion alimentaire, décrite comme une « sensation de perte de contrôle lors de consommation de quantités non-considérées comme importantes au vu du contexte » (49). (traduction libre)

Lluch et al. ont expliqué qu'un score élevé aux facteurs de désinhibition et de faim du TFEQ, mais pas à celui de restriction permettait de prédire la sévérité de la frénésie alimentaire (28). Ainsi, il semble admissible que le TFEQ puisse être utilisé pour détecter la présence de compulsions alimentaires, mais cette notion n'est pas documentée, ainsi elle ne rend pas ce choix peu fiable admissible.

3.6.11. Sentiment après compulsion**Définition**

Toute restriction engendre des frustrations, car les envies et les besoins ne sont ni écoutés ni satisfaits. Quand la frustration devient trop grande, la personne cède à ses envies et se retrouve dans l'impossibilité de contrôler ce qui est consommé, les envies prennent le dessus et la prise alimentaire devient compulsive. La perte de contrôle subie engendre bien souvent un sentiment de gêne, de honte et de culpabilité. L'estime de soi est au plus bas et les résolutions de contrôle alimentaire sont renforcées, ainsi le patient tombe dans le cercle vicieux du maintien des troubles du comportement alimentaire décrit par Fairburn (78).

Étalon-or

La recherche de littérature n'a pas permis de mettre en évidence un étalon-or évaluant ce sentiment, il fait partie d'une évaluation complète de l'hyperphagie boulimique.

3.6.12. Gêne**Définition**

Le DSM-IV-TR répertorie l'absence de contrôle en critère B.4 de l'hyperphagie boulimique. La gêne est exprimée dans le manuel par des prises alimentaires solitaires afin de cacher aux autres les quantités ingérées : « manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe » (4). Elle s'inscrit comme l'un des cinq critères potentiels de l'absence de contrôle, dont un minimum de trois critères sur cinq doit être présents pour accéder au diagnostic de l'HB (4).

Étalon-or

La recherche de littérature n'a pas permis de mettre en évidence un étalon-or évaluant ce sentiment, il fait partie d'une évaluation complète de l'hyperphagie boulimique.

3.6.13. Rapidité**Définition**

La rapidité de la prise alimentaire figure à deux reprises dans les critères diagnostiques de l'HB : dans le critère A1 la crise de boulimie est aussi définie par la rapidité de l'absorption de nourriture « en une période de temps limitée (p. ex., moins de 2 heures) » (4) et le critère B1 stipule « manger

beaucoup plus rapidement que la normale » (4). Cependant, la définition de la rapidité est peu explicite, étant donné qu'elle se réfère à la normale qui n'est pas définie (4).

Néanmoins, il est intéressant d'évaluer conjointement la rapidité de la prise alimentaire en situation habituelle et en situation de crise de boulimie chez tout individu, car elle ouvre une porte sur un travail avec le patient au niveau comportemental, qui est à la portée du diététicien. En pratique, afin d'obtenir une meilleure représentation de la vitesse, il est possible de demander au patient de se comparer à son entourage (famille, collègues, amis) ou de l'interroger sur le temps passé à table et celui nécessaire à terminer son repas. Ainsi l'investigation de la rapidité de la prise alimentaire est nécessaire au dépistage de l'HB, mais représente aussi un axe de travail pour le diététicien.

Étalon-or

La recherche de littérature n'a pas permis de mettre en évidence un étalon-or évaluant la rapidité.

3.6.14. Hyperphagie nocturne

Définition

Décrite pour la première fois en 1955 par le psychiatre américain Stunkard (13), sous l'appellation « night eating syndrome », elle a été nommée « hyperphagie nocturne » (HN)⁴ par Poulain (79). Stunkard est l'auteur de référence quant à cette pathologie et la plupart des études ont été réalisées sous sa supervision (13) (80) (81). Les critères de base définissent l'HN comme « un comportement alimentaire problématique lié au stress qui comporte une anorexie le matin, une hyperphagie le soir et une insomnie, ainsi que la présence d'ingestion de nourriture lors d'un réveil nocturne » (80). L'ingestion nocturne est décrite comme une compulsion ou une crise de boulimie survenant dans un état de demi-sommeil (80). Les critères diagnostiques ont été affinés grâce à d'autres études et l'on considère que le sujet souffrant d'HN rapporte consommer ≥ 50 % de son apport énergétique total après le repas du soir (82). Ce trouble est plus fréquent chez les sujets obèses ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) par rapport à ceux de poids normal (23).

Par opposition, Basdevant et al. estiment qu'il faut distinguer « ces prises alimentaires avec celles des sujets insomniaques qui mangent parce qu'ils n'arrivent pas à dormir (4) » (73). En effet, il est possible que l'HN diminue ou même disparaisse grâce au traitement de la pathologie associée (insomnie ou autres troubles du sommeil) (80).

Étalon-or

Le NEQ (38) est un questionnaire évaluant l'intensité du comportement et des symptômes psychologiques liés à l'hyperphagie nocturne, qui n'a pas de traduction française. Les critères diagnostiques de l'HN restent imprécis et varient grandement dans la littérature (82) (55). Une ébauche de consensus de définition du syndrome (ci-dessus) a été élaborée sur la base d'une revue de la littérature. Il est adéquat de s'y référer, car aucun questionnaire ne sera utilisé pour tester la fiabilité de l'ESCAP et le dépistage de l'hyperphagie nocturne devra être fait au moyen d'un entretien avec un spécialiste du domaine des troubles des conduites alimentaires (médecin, psychiatre, psychologue, diététicien, infirmier ou autre personnel spécialisé).

⁴ Terme utilisé dans ce mémoire pour désigner le « night eating syndrome ».

3.6.15. Réactions alimentaires aux affects négatifs

Définition

Les sujets atteints de TCA présentent plus de mal à « ne pas se couper de ses sensations douloureuses induites par les émotions » (83). Pour Hahusseau cela est dû à « deux dimensions plus fortement présentes : un taux important d'évitement de la douleur et une basse autodétermination » (83). Cela rend la personne plus vulnérable aux émotions négatives et manger représente l'unique moyen dont elle dispose pour décharger sa souffrance. Il est indispensable de prendre en considération les émotions (présentes et passées) et de leur lien avec le comportement alimentaire conjointement au traitement de l'obésité et du surpoids.

Zermati met en relation les émotions et le comportement alimentaire en abordant la théorie comportementale : « Pour les psychologues comportementalistes, les émotions négatives ne sont pas directement le résultat des situations que nous vivons mais plutôt de notre manière d'apprécier ces situations, de les penser » (65).

Zermati et Apfeldorfer soulignent « l'importance de distinguer deux situations selon que l'émotion déclenchante apparaît avant ou durant la prise alimentaire » (66).

Dans le premier cas, les émotions extra-alimentaires sont essentiellement en cause. Chaque fois qu'il éprouve une émotion négative, d'une intensité suffisante, et qu'elle qu'en soit la nature, le mangeur réagit en consommant des aliments dont il attend vainement du réconfort. C'est le trouble du réconfort. Dans ce cas, l'émotion précède la prise alimentaire. Le mangeur parvient fréquemment à établir un lien de causalité entre l'émotion qu'il a éprouvée et la prise alimentaire. Dans le second cas, ce sont les émotions induites par la restriction cognitive lors d'une prise alimentaire parfois ordinaire qui entraîne la compulsion. Elles sont généralement provoquées par le repas lui-même qui constitue l'élément déclencheur (66).

Étalon-or

Le DEBQ (29), composé d'une échelle d'émotivité, a été validé en français et a obtenu d'excellents résultats de cohérence interne et fiabilité (28), ainsi il pourra faire office d'étalon-or pour tester la validité d'ESCAP en ce qui concerne les réactions alimentaires face aux différents affects.

3.6.16. Réactions alimentaires aux affects positifs

Définition

Les sujets restreints développent parfois des « stratégies d'évitement social » leur permettant de respecter les règles qu'ils se sont fixés pour contrôler leur poids, mais un partage convivial peut également constituer une phase de désinhibition, préalablement préméditée ou non. L'écart ayant préalablement été « compensé », en jeunant par exemple, ou le sera par après (65). A l'inverse, un sujet ayant un comportement alimentaire non restrictif peu lui aussi dépasser son seuil de satiété dans un même contexte sans développer de préoccupation centrée sur son poids en contrôlant ses prises alimentaires (65).

Étalon-or

La recherche de littérature a permis de mettre en évidence un étalon-or évaluant les réactions alimentaires aux affects, voir ci-dessus (3.6.15. étalon-or réactions alimentaires aux affects positifs).

3.6.17. Crise de boulimie**Définition**

La crise de boulimie (CB) se définit par l'absorption d'une très grande quantité de nourriture en un temps restreint, accompagnée d'un sentiment de perte de contrôle sur son comportement alimentaire. Une période inférieure à deux heures est considérée comme un temps restreint et le contexte dans lequel est absorbée la très grande quantité de nourriture doit être pris en considération, c'est-à-dire qu'en situation de fête elle peut paraître normale alors qu'elle serait excessive lors d'un repas banal. Finalement, la crise de boulimie est caractérisée d'avantage par la quantité d'aliments absorbée que par la qualité nutritionnelle de ceux-ci et la répartition des calories issues des protéines, lipides et glucides est équivalente (4).

Étalon-or

L'étude de Reas et al. menée en 2006 ayant pour but de déterminer la fiabilité test-retest du EDE-Q chez les patients souffrant d'HB a investigué son efficacité à détecter les épisodes boulimiques. Le EDE-Q s'est révélé avoir une excellente fiabilité test-retest pour dépister les crises de boulimie dans un court intervalle de temps (49). Aucune étude similaire avec la version française n'a été effectuée, mais le EDE-Q pourrait être adapté au dépistage de la crise de boulimie.

Un autre questionnaire, le BITE (26), composé de deux échelles : symptômes boulimiques et sévérité de comportements de CB et purge. Un score > 10 à l'échelle des symptômes traduit un comportement alimentaire inhabituel et un score > 5 à celle de sévérité est cliniquement significatif de la possibilité d'une boulimie (27). Le BITE semble adapté pour dépister les crises de boulimie si le patient présente une association de ces deux valeurs avec une réponse déterminante aux questions n° 26 et 27 (investiguent la CB). Ce questionnaire très utilisé dans la pratique et les études scientifiques, n'est pas validé en français (27), ainsi il ne représente pas un outil fiable pour vérifier la validité de l'ESCAP concernant l'item « crise de boulimie ».

3.6.18. Comportements compensatoires inappropriés**Définition**

Les comportements compensatoires inappropriés sont tous les comportements adoptés par le patient dans le but de maintenir ou perdre du poids. On y trouve principalement : les vomissements, les prises de laxatifs, diurétiques, coupe-faim et les lavements, ainsi que le jeûne et l'exercice physique excessif. Le recours répété à ces comportements est un trait essentiel de la boulimie. Les sujets souffrant d'hyperphagie boulimique peuvent avoir occasionnellement des comportements compensatoires inappropriés, mais ils n'emploient pas ces moyens pour contrecarrer les effets de leur comportement boulimique (4).

Étalon-or

Le BITE (26) est un questionnaire auto-administré qui identifie les personnes souffrant de symptômes boulimiques ou d'accès de frénésie alimentaire (crises de boulimie). Cet outil investigate le recours au jeûne, à des coupe-faim, des diurétiques, des laxatifs et à des vomissements provoqués, ainsi que leur fréquence. Un seul CCI n'est pas investigué : le recours à l'exercice physique excessif (26) (27).

Aucun autre questionnaire n'investigue les CCI et le BITE demeure un outil très utilisé pour dépister la boulimie (27). Le CCI d'exercice physique excessif n'étant pas investigué et ce questionnaire n'étant pas validé en français, il n'est pas possible de l'utiliser pour tester la validité d'ESCAP.

3.6.19. Vomissements**Définition**

L'induction d'un vomissement après la crise est la technique la plus fréquemment utilisée par les sujets atteints de boulimie, soit 80 % à 90 % des sujets consultant dans des centres de soins spécialisés (4). Les vomissements provoqués ont des conséquences sur la santé, ils peuvent engendrer des complications métaboliques (déséquilibre électrolytique induisant des troubles cardiaques), oto-rhino-laryngologiques (atteinte de l'émail dentaire, ulcération de la muqueuse œsophagienne, hypertrophie des glandes salivaires, laryngites répétées), gastro-intestinales (reflux gastro-œsophagien, déchirure du cardia), endocriniennes (saignements sous contraceptifs) et dermatologiques (cals sur les mains) (4) (84) (85) (86) (87). De plus, « une faiblesse musculaire généralisée et la fonte de la masse musculaire sont fréquentes. Une bradycardie et une hypotension sont habituelles (86) (87) » (85).

Étalon-or

La recherche de littérature a permis de mettre en évidence un étalon-or évaluant les comportements compensatoires inappropriés, voir ci-dessus (3.6.18. étalon-or CCI).

3.6.20. Laxatifs, diurétiques et coupe-faim**Définition**

Les laxatifs sont des purgatifs légers utilisés dans le traitement de la constipation, ces médicaments accélèrent le transit et l'élimination des fèces. Les diurétiques sont des médicaments augmentant l'accélération urinaire de l'organisme, utilisés dans le traitement de l'hypertension artérielle et des œdèmes. Les coupe-faim sont des dérivés des amphétamines qui ont des propriétés anorexigènes, ils ont été prescrits comme tel autrefois, mais sont aujourd'hui considérés comme des stupéfiants et leur utilisation comme anorexigène doit être proscrite (88). L'emploi de ces substances n'est pas sans conséquence et les diarrhées induites par les laxatifs et l'abus de diurétiques, seuls ou associés, entraînent des perturbations métaboliques et électrolytiques avec une hypokaliémie potentiellement mortelle (4) (86) (87). De plus, « une faiblesse musculaire généralisée et la fonte de la masse musculaire sont fréquentes. Une bradycardie et une hypotension sont habituelles (86) (87) » (85).

Étalon-or

La recherche de littérature a permis de mettre en évidence un étalon-or évaluant les comportements compensatoires inappropriés, voir ci-dessus (3.6.18. étalon-or CCI).

3.6.21. Jeûne

Définition

Le jeûne est un « arrêt total de l'alimentation avec maintien ou non de la consommation d'eau » (88) d'une durée de 24 heures ou plus (45). Un jeûne prolongé résulte en une perte importante de masse musculaire ce qui rend plus enclin à subir une fatigue et des infections (68). « Ni le jeûne ni même le fait de sauter des repas n'est une bonne technique pour perdre du poids, car l'organisme s'adapte en réduisant ses dépenses et compense les pertes énergétiques sur les repas suivants » (88).

Étalon-or

La recherche de littérature a permis de mettre en évidence un étalon-or évaluant les comportements compensatoires inappropriés, voir ci-dessus (3.6.18. étalon-or CCI).

3.6.22. Exercice physique excessif

Définition

Définir l'exercice physique excessif dépend de plusieurs facteurs, tout d'abord personnels (sexe, âge, antécédents), puis liés au but recherché dans la pratique de l'activité (compétition, loisir, modifications physiques), ensuite à sa fréquence et à son intensité (légère, modérée, élevée) (89). Le DSM-IV-TR considère qu'un exercice physique est excessif dès que sa pratique interfère avec des activités importantes, qu'elle a lieu à des moments ou en des lieux inappropriés, ou encore qu'elle est poursuivie par le sujet en dépit de blessures ou complications médicales (4). Selon Fairburn et al., l'exercice physique excessif est défini par une activité éprouvante au vu du poids ou de la condition physique, en moyenne 5 fois par semaine au moins (34). En 2005, Mond et al. ont étudié la définition de l'exercice physique excessif grâce à des questionnaires adaptés et un échantillon conséquent pour conclure que dans un contexte de troubles des conduites alimentaires, l'exercice est considéré comme excessif à partir du moment où remettre à plus tard l'activité est accompagné d'un sentiment de culpabilité intense ou si l'activité est effectuée dans l'unique but de contrôler son poids ou son apparence (90). L'étude effectuée par Johnston et al. en 2011 visant à trouver un consensus pour évaluer l'exercice physique excessif a conclu qu'il était indiqué de le rechercher au niveau qualitatif, plutôt que quantitatif (89). Les auteurs ne mentionnent aucune notion de temps passé à pratiquer une activité physique, à l'exception de Fairburn et al.

En ce qui concerne les recommandations sur l'activité physique, l'Organisation Mondiale de la Santé recommande une activité modérée de 30 minutes 5 fois par semaine au minimum (91).

Étalon-or

La recherche de littérature n'a pas permis de mettre en évidence un étalon-or évaluant l'exercice physique excessif, mais uniquement les autres CCI (3.6.18. étalon-or CCI).

4. Méthodologie

4.1. Description de l'outil ESCAP

L'Évaluation Structurée des Comportements Alimentaires Problématiques est une trame d'entretien composée de 14 items et 57 questions permettant d'évaluer le comportement alimentaire d'un sujet, de dépister l'hyperphagie boulimique et certains comportements alimentaires problématiques.

Cet entretien semi-structuré dirigé par un professionnel de la nutrition et/ou spécialiste des troubles des conduites alimentaires se distingue de la plupart des outils existants en français. D'une part, sa structure ouvre à la discussion, en opposition à l'administration orale ou écrite d'une série de questions dispensée par d'autres outils. D'autre part, il est doté d'une capacité à dépister un grand nombre de comportements alimentaires problématiques tout en garantissant la création de l'alliance thérapeutique grâce à des questions permissives et non jugeantes.

L'objectif premier de la trame est d'être une aide dans le dépistage de troubles du comportement alimentaire chez les patients consultant pour une demande de perte de poids. Elle a été élaborée de manière à dépister plus spécifiquement l'hyperphagie boulimique, à l'aide d'un passage en revue de problématiques alimentaires. Elle est établie de façon à ce qu'une série de questions amènent le patient à discuter ouvertement de toutes les facettes de son comportement alimentaire, afin de définir les priorités de la prise en charge.

Une utilisation systématique de cet outil permet d'optimiser l'évaluation du comportement alimentaire et le dépistage des troubles des conduites alimentaires et d'autres comportements alimentaires problématiques, ainsi que l'orientation du choix thérapeutique (23).

Le tableau 3 résume les objectifs propres à chaque item dans leur ordre d'apparition original.

N°	Item	DSM-IV-TR	Objectif - selon Volery et al. (23)
1	Introduction	-	Permettre au patient d'exprimer son attribution du problème de poids : 1) déni ou absence d'attribution 2) attribution aux excès alimentaires 3) attribution émotionnelle ou psychologique
2	Restriction E+ volontaire et réelle	A	Déterminer l'état de restriction cognitive du patient Connaître ses représentations principales au sujet de son alimentation
3	Restriction cognitive ou sentiment de restriction	A + C	Déterminer la présence ou absence du sentiment de restriction Permettre « au patient d'exprimer son sentiment de culpabilité vis-à-vis de son propre comportement alimentaire » (23) Création de l'alliance thérapeutique en évitant certains « mécanismes de défense tels que le déni des excès alimentaires » (23)
4	Faim physique ressentie	B3	Définir si le patient ressent ou non la sensation de faim physique Définir s'il différencie la faim physique de l'envie de manger
5	Satiété ressentie	B2	« Évaluer la satiété et son efficacité » (23) à savoir assez mangé (absence de faim et bien-être) ou satiété dépassée par le patient
6	Appétit, envie de manger	A + B3	Contribuer à l'évaluation de la perte de contrôle conjointement aux items n° : 7, 8, 10 et 12
7	Grignotages	A	Débuter le questionnement progressif des pertes de contrôle du patient
8	Compulsions et fréquence	A + D	Investiguer si le patient est sujet à des compulsions alimentaires Les différencier des crises de boulimies, en évaluant la quantité de nourriture absorbée et la fréquence des pertes de contrôle
8	Sentiment après compulsion	B5 + C	Investiguer « la souffrance associée à l'obésité et au trouble du comportement alimentaire » (23)
8	Gêne	B4	Investiguer la gêne par rapport aux grandes quantités de nourriture ingérées, pouvant aller jusqu'à se cacher des autres pour manger
8	Rapidité	B1	Estimer la vitesse de la prise alimentaire pendant l'épisode compulsif
9	Night eating syndrome	A	Dépister l'hyperphagie nocturne
10	Réaction alimentaire aux affects -	A	Évaluer la perte de contrôle « Investiguer le lien entre les affects négatifs et d'éventuelles pertes de contrôle ou réactions alimentaires » (23)
11	Réaction alimentaire aux affects +	A	Évaluer la perte de contrôle « Mettre en évidence le côté 'bon vivant' du sujet obèse opposé au comportement de restriction typique de la restriction cognitive » (23)
12	Crise de boulimie	A	Accéder « à la représentation extrême que le sujet a de son propre comportement alimentaire » (23) Investiguer la fréquence et le sentiment liés aux crises de boulimie
13	Vomissements Laxatifs, diurétiques, coupe-faim, Jeûne, Sport	E	Investiguer la présence ou l'absence de comportements compensatoires inappropriés qui sont des critères d'exclusion de l'hyperphagie boulimique Dépister la boulimie nerveuse

Tableau 3 : Récapitulatif des critères diagnostiques et des objectifs liés à chaque item de l'ESCAP

4.2. Adaptations des items en vue de l'étude

Des modifications ont été apportées sur la base des données recueillies auprès des proches et des professionnels. Certains items ont été divisés en raison d'objectifs différents et d'autres renommés afin de correspondre à l'investigation. Leur ordre a parfois été interverti pour améliorer la logique dans la chronologie de l'investigation. Le prétest réalisé a permis de déterminer si les modifications apportées étaient adéquates.

N°	Item	N°	Item
1	Introduction	1 a-b	Attribution du problème de poids (Attri pds)
2	Restriction E+ volontaire et réelle	2 a-b	Restriction cognitive (RC) Représentations
3	Restriction cognitive ou sentiment de restriction	3	Obsession alimentaire
4	Faim physique ressentie	4 a-b	Faim physique ressentie Faim vs Envie
5	Satiété ressentie	5 a-b	Envie de manger
6	Appétit, envie de manger	6 a-b	Satiété ressentie Satiété dépassée
7	Grignotages	7 a-b	Grignotage (G)
8	Compulsions et fréquence	8 a-d	Compulsion alimentaire (C) Compulsion Quantité et fréquence
8	Sentiment après compulsion	8 e	Compulsion Sentiment
8	Gêne	9	Gêne et honte
8	Rapidité	10	Rapidité
9	Night eating syndrome	11	Hyperphagie nocturne
10	Réaction alimentaire aux affects –	12 a	Réaction alim. aux affects –
11	Réaction alimentaire aux affects +	12 b	Réaction alim. aux affects +
12	Crise de boulimie	13 a-b	Crises de boulimie (CB)
13	Vomissements	14 a	Comportement compensatoire inapproprié (CCI) Vomissement
13	Laxatifs, diurétiques, coupe-faim,	14 b	CCI Abus de médicaments ou substances
13	Jeûne	14 c	CCI Jeûne (> 24h)
13	Sport	14 d	CCI Exercice physique excessif

Tableau 4 : Modification de l'appellation des items en vue de l'étude pilote

4.3. Outcome

4.3.1. Variables mesurées

Auprès des proches

Les variables suivantes ont été investiguées pour chaque question au moyen de la grille d'évaluation des entretiens des proches (Annexe III) :

- carté et compréhension de la question
- ressenti de la personne face à la question
- ordre des questions
- définition personnelle de chaque terme spécifique

Auprès des professionnels

Les variables suivantes ont été investiguées au moyen de la grille d'évaluation des entretiens des professionnels (Annexe IV). Elles sont classées en deux groupes : générales et spécifiques.

Variables générales concernant ESCAP

- présence et fréquence d'utilisation de l'ESCAP (contextualisé selon le type de patientèle)
- autres trames d'entretien / questionnaires utilisés pour dépister des TCA, TCANS et CAP
- estimation du temps nécessaire (en minutes) à poser la totalité des questions de l'ESCAP
- présence d'une introduction de la trame d'entretien de l'ESCAP et manière de l'introduire
- opinion personnelle concernant la présence de termes spécifiques inclus dans les questions
- formation pour l'utilisation d'ESCAP et si oui laquelle.
- points positifs
- points à améliorer
- suggestions

Variables spécifiques aux items d'ESCAP

- définition de chaque terme spécifique constituant les items
- emploi de l'item et des questions proposées
- utilité des différents questionnements afin de déterminer s'ils répondaient à l'objectif
- formulation des questions et exemples de formulations utilisées
- ordre des items

En complément, une appréciation du déroulement de l'entretien et du langage non-verbal a été effectuée. La sincérité des réponses recueillies ont été évaluées grâce à une échelle de 0 à 10 accompagnée d'arguments justifiant le chiffre attribué. La prestance, l'aisance, l'autorité et l'estimation de l'âge ont été évaluées de manière arbitraire. Cet aspect n'est pas prioritaire mais il a été jugé intéressant de recueillir ces informations, susceptibles d'être utiles lors de la contextualisation des réponses dans la partie de l'analyse.

Auprès des participants

Les variables suivantes ont été investiguées pour chaque question au moyen de la grille d'évaluation des entretiens de prétest (Annexe V) :

- clarté et compréhension de la question
 - questionnement direct ou observation de la pertinence de la réponse reçue
 - définition de termes utilisés dans la question
- ressenti du participant face à la question
- observation de la capacité de l'item à évaluer le(s) critère(s) DSM-IV-TR correspondant
- évaluation de la formulation accusative de certaines questions

4.4. Population étudiée

L'outil ESCAP est destiné à être utilisé dans une population répondant aux critères suivants :

- Âge adulte (18 ans révolus)
- Genre : féminin ou masculin
- Poids normal (IMC entre 18,5 et 24,9 kg/m²), maigreur (IMC < 18,5 kg/m²), surpoids (IMC entre 25 et 29,9 kg/m²) et obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) (57)
- Motif de consultation : demande de perte de poids
- Étape du suivi : première consultation diététique

4.4.3. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion pour l'échantillon du prétest étaient les suivants :

- Âge adulte (18 ans révolus)
- Genre : féminin ou masculin
- Niveau de langue : français (langue maternelle ou bilingue)
- Poids normal (IMC entre 18,5 et 24,9 kg/m²), maigreur (IMC < 18,5 kg/m²), surpoids (IMC entre 25 et 29,9 kg/m²) et obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) (55)
- Motif de consultation : demande de perte de poids
- Étape du suivi : première consultation diététique
- Pathologies : toutes sauf TCA ou TCANS diagnostiqué

4.4.1. Variables descriptives

Les prétests ont été effectués sur un échantillon de convenance composé de huit participants, des patients nouvellement admis au CCNP, durant la période du 20 février au 11 mai 2012.

Les données ont été codées à titre expérimental pour la validation future (Annexe VI).

Variable	Prétest	1	2	3	4	5	6	7	8
Age (ans)		19	81	36	23	51	36	27	43
Sexe		F	F	F	F	M	F	F	F
Origine (pays)		Suisse	Suisse	France	Suisse	-	Suisse	Portugal	Suisse
Poids (kg)		74	82	92	78	87	125	130	66
Taille (mètres)		1.59	1.64	1.64	1.70	1.60	1.70	1.75	1.66
IMC (kg/m ²)		29.3	30.5	34.2	27.0	34.0	43.3	42.4	24.0
Médicaments		non	oui	oui	oui	oui	non	oui	non
Age du 1 ^{er} régime (ans)		13	jamais	jamais	19	30-40	29	11	20
Nbre de régimes suivis		2	aucun	aucun	1	tous	2	tous	tous
Suivi diététique passé		non	oui	non	oui	non	oui	oui	non
Niveau de formation		ECG*	-	UNI**	UNI**	-	ECG*	-	-

Tableau 5 : Variables descriptives des participants du prétest (- aucune réponse donnée ; *ECG diplôme de l'école de culture générale ; **UNI Licence, Bachelor ou Master)

4.5. Modalités

4.5.1. Validation

Depuis de nombreuses années, l'ESCAP est utilisé en clinique dans les domaines de la diététique et des troubles des conduites alimentaires, mais il n'a jamais été validé formellement. Il a été élaboré en « plagiant » (92) un questionnaire créé par des spécialistes de l'évaluation du comportement alimentaire, une technique sûre et avantageuse qui aboutit sur un outil doté d'une meilleure fiabilité.

Tout questionnaire ainsi que toute trame composée de questions devraient être prétestés de manière approfondie avant d'initier une validation, dans le but d'améliorer notablement leur qualité. Le prétest fait gage de qualité en s'assurant que tous les sujets importants aient été abordés, que les questions soient comprises par la population cible et que les codages des réponses soient corrects (92). Les performances d'un questionnaire dépendent des facteurs décrits par Kauffmann et al. (93) et expliqués par Perneger (92) : son acceptabilité, sa fiabilité et sa validité préalablement prétestées.

Acceptabilité

L'acceptabilité, ou la validité faciale, a été vérifiée à la fin du prétest par un bon taux de réponse à chaque question et une pluralité de réponses satisfaisantes qui démontrent que la question est reproductible. Une distribution des réponses étalées a permis de démontrer l'utilité de chaque question (92). L'acceptabilité des questions a été investiguée afin d'évaluer leur compréhension et l'atteinte de leur objectif. Le but de cette étape était de favoriser la compréhension des questions et des items par les participants et d'optimiser ainsi leur adéquation à la pratique des professionnels.

Fiabilité

La vérification de la fiabilité est indispensable à valider un questionnaire, elle correspond à la capacité du questionnaire à effectuer des mesures fiables (92).

Le *test-retest* est une méthode de vérification de la fiabilité d'un questionnaire qui vise à faire passer le questionnaire à deux reprises avec un intervalle de temps défini et dans un contexte identique (92). Il n'a pas pu être réalisé lors de l'étude pilote pour plusieurs raisons. Premièrement, le prétest se déroulait sur une période de temps insuffisant pour procéder au test-retest. Deuxièmement, certaines questions contenues dans ESCAP peuvent n'avoir jamais été investiguées auparavant et engendrer une réflexion sur soi-même et son comportement alimentaire au moment de leur formulation. Si un test-retest était effectué, le patient risquerait de répondre différemment lors de la seconde investigation (cette évolution étant d'ailleurs souhaitable dans le cadre du suivi diététique). Pour les mêmes raisons, la *concordance entre enquêteurs*, une autre technique d'évaluation de la fiabilité a également été exclue, car elle nécessite d'effectuer le questionnement à deux reprises (92).

La méthode de la *formulation alterne*, soit poser deux fois la même question en changeant la formulation, n'a également pas été testée par manque de temps, mais aussi par soucis d'éthique. En effet, il a été estimé qu'elle risquait de péjorer le lien thérapeutique entre professionnel et patient, venu chercher du soutien dans sa démarche. Le lien thérapeutique étant primordial le patient doit se sentir écouté et compris, et l'utilisation de cette technique pourrait corrompre cette entente (92).

La trame d'entretien étant composée de plusieurs questions évaluant une même variable (perte de contrôle et survenue de crise de boulimie), la *cohérence interne* de la trame devra être effectuée au moyen de coefficients alpha de Cronbach. Afin d'observer la concordance entre les questions mesurant la même variable (92). Cette étape n'a pas été réalisée dans l'étude pilote, car les questions ont été modifiées au cours du prétest et le faible nombre de participants ne permettait pas d'obtenir des résultats significativement intéressants. Elle est néanmoins une excellente méthode pour vérifier la fiabilité du questionnaire et devra être effectuée lors de la validation.

Validité

La vérification de la validité d'un questionnaire correspond à l'évaluation de la capacité du questionnaire à mesurer les variables définies. Dans le cas de l'ESCAP, elle permettra de définir si le questionnaire met en évidence des troubles du comportement alimentaire de façon fiable. Cette étape sera effectuée lors de la validation, et les recherches la concernant ont été réalisées lors du prétest et les modalités ont été décrites.

Les résultats obtenus avec l'ESCAP pourront être comparés aux résultats obtenus avec les outils diagnostics identifiés par la revue de la littérature. Il existe trois différentes approches pour

démontrer la validité du questionnaire. La *validité de critère*, c'est-à-dire que les résultats obtenus par l'ESCAP doivent correspondre aux résultats obtenus par un étalon-or (qui peut être un questionnaire dépistant la même pathologie ou un dépistage effectué par un professionnel du domaine des troubles des conduites alimentaires habilité à cette tâche). Cette approche est considérée comme une méthode fiable (92) et une recherche de littérature a donc été menée pour identifier le meilleur étalon-or pour chacun des items de la trame d'entretien. Dans le cas où l'on ne dispose pas d'un étalon-or, la *validité de contenu* (développement du questionnaire selon des principes rigoureux et contribution de la population cible à son élaboration) et la *validité de construit* (formulation, mesures et vérification d'hypothèses) du questionnaire doivent être testées (92). La validité de critère a été retenue dans le cadre de cette étude.

4.5.2. Forme du projet

L'ESCAP, créé par plusieurs spécialistes des domaines de l'obésité et du comportement alimentaire, comprend les sujets indispensables à leur évaluation. Une recherche de littérature a été menée afin d'obtenir des informations fiables et récentes pour actualiser l'outil.

L'évaluation de la compréhension des questions et du vocabulaire utilisés dans ESCAP a été investigué auprès de trois échantillons distincts, allant du général au particulier : une population neutre (formée de personnes de l'entourage des investigatrices), une population de professionnels de la nutrition et une population de participants au prétest (composée de patients débutant un suivi diététique au CCNP).

Les données recueillies étaient essentiellement qualitatives. Chacune des réponses a fait l'objet d'une analyse complète en tenant compte du contexte et du raisonnement propre à chaque participant. Les items de la trame et les questions les composants ont été modifiées lorsque les variables investiguées étaient considérées comme insuffisantes ou pouvant être améliorées.

Les caractéristiques de l'échantillon étudié ont été codées de manière à pouvoir être utilisés lors de la validation. Ces données pourront être utilisées dans le cadre d'études épidémiologique.

La conceptualisation de l'outil a été modifiée légèrement : certains items ont été renommés, la population cible a été élargie à toute personne demandeuse de perte de poids sans TCA préalablement diagnostiqué ou annoncé et sans critère de poids. Le mode d'administration est conservé sous la forme d'un entretien semi-structuré et les objectifs par item restent identiques ou ont été complétés lors de nécessité (cf. 5. Résultats & analyses).

Concernant la construction d'ESCAP, l'ordre et la formulation de certains items et questions ont été modifiés. Des questions ont été ajoutées pour approfondir certains items. Le but étant que les questions puissent être utilisées telles quelles par les professionnels. Leur formulation est claire et succincte pour éviter un maximum de risque d'interprétations du diététicien ou du patient. Afin d'éviter les biais de réponses (de désirabilité par exemple), la formulation est neutre et l'ordre des questions permet une entrée en matière progressive, du général en terminant avec les sujets plus sensibles. Il n'y a pas de « tabou », tout est abordé de manière directe mais avec grand tact. ESCAP est composé de questions généralement ouvertes permettant une récolte d'informations

qualitatives, mais aussi des questions fermées et ciblées. La forme d'ESCAP permet facilement de suivre la trame en fonction des réponses données par le patient. En effet, certaines d'entre elles pourraient ne pas être posées si le patient répond par la négation à la première question de l'item.

4.6. Déroulement du projet

4.6.1. Grilles d'évaluation

Trois grilles d'évaluation adaptées à chaque population ont été conçues pour le recueillir les données correspondantes. Cette méthode a permis de définir l'objectif de chaque question, soit les variables étudiées, investiguées seules (par ex. compréhension de la question) ou simultanément (par ex. compréhension de la question et définitions des termes). Chaque support visait à investiguer de manière identique les différentes variables. La qualité des grilles a été croissante car, s'inspirant de l'expérience de la précédente étape, la grille suivante était améliorée dans sa conceptualisation, facilitant ainsi son utilisation et l'analyse des résultats. Finalement, les variables investiguées ont permis de définir si chaque question posée par l'ESCAP était suffisante ou nécessitait une amélioration et étaient modifiées le cas échéant selon les critères observés.

4.6.2. Revue de littérature

La revue de la littérature a été divisée en cinq sujets.

Validation de questionnaires

La recherche de la littérature sur la méthodologie de validation de questionnaires a mis en évidence que la majorité des questionnaires dépistant les TCA, TCANS et CAP traduits en français, n'ont pas été validés. Ceci est dû à la difficulté de construire un outil validé, qui demande plusieurs années de travail, voire 10 à 20 ans, et souvent cette étape n'est pas menée à terme (28).

Troubles des conduites alimentaires

La recherche axée sur les différents troubles des conduites alimentaires, troubles des conduites alimentaires non spécifiés et comportements alimentaires problématiques, avait pour but de mettre en lumière l'épidémiologie et la prévalence de ces pathologies pour mesurer l'étendue du sujet. Au vu des disparités rencontrées, la recherche a visé à approcher un consensus de définition pour chacun de ces différents troubles et comportements problématiques.

Termes spécifiques

La recherche sur les références initiales qui ont permis la création de la trame d'entretien et l'évolution des connaissances sur ces sujets ont permis une récolte de données essentielle à la définition des termes spécifiques à la trame et au domaine des troubles des conduites alimentaires.

Étalons-or

La recherche de la littérature centrée sur les études de validations des différents questionnaires dépistant les TCA, TCANS et CAP a passé en revue leur validité, leur fiabilité et leur efficacité à

mesurer des variables communes. Ce procédé a disposé à l'émission d'un avis quant à l'utilisation de ces questionnaires dans le cadre de la future validation de la trame d'entretien de l'ESCAP.

Implications du DSM-V

La recherche portée sur les implications de la version future du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM-V n'a pas permis de déterminer quels changements seraient nécessaires pour que l'ESCAP soit adaptable aux nouveaux critères diagnostiques de l'hyperphagie boulimique.

4.6.3. Entretiens de la population neutre

Dans un premier temps, huit proches des investigatrices, sans critères particuliers, ont été questionnés sur la version originale de la trame d'entretien ESCAP, à l'aide d'une grille d'entretien (Annexe III) élaborée préalablement. Le but principal de cette démarche a été une mise en situation, une familiarisation avec ESCAP et la grille d'entretien et une première récolte de données sur la trame (cf. 4.3.1. Variables mesurées auprès des proches). La mise en situation a permis de développer une aisance propice à la conduite de futurs entretiens avec des professionnels et des participants du prétest. Cette étape a également permis de débiter l'organisation générale, l'archivage des données et la retranscription anonyme.

Les données recueillies ont été catégorisées selon les variables mesurées, analysées et synthétisées. Les réponses recueillies ont donné une première piste de réflexion pour l'amélioration d'ESCAP et l'élaboration d'une grille d'évaluation plus performante pour les interviews des professionnels et ensuite les entretiens de prétest.

4.6.4. Entretiens des professionnels

Huit professionnels de la santé avec différents niveaux de « familiarisation » avec ESCAP ont été interviewés, afin de récolter leurs points de vue basés sur leur pratique professionnelle. Les investigatrices n'ont pas été informées quant à la position des professionnels afin d'éviter les éventuels biais lors de la récolte et l'analyse des données.

Une prise de contact a été effectuée par courrier électronique auprès de chaque professionnel en lui soumettant le projet et la demande de participation. La totalité a accepté de consacrer une heure pour que l'entretien prenne place sur leur lieu de travail ou dans des locaux mis à disposition par la HEEdS. Les entretiens ont été menés sur la base d'une grille d'évaluation spécifique (Annexe IV). Lors des entretiens, une première partie a été effectuée sans distribuer de copie de la version originale d'ESCAP, afin d'obtenir des réponses spontanées (définitions des termes spécifiques notamment). Puis, lors de références à des questions de la trame, celle-ci leur fut distribuée.

Un certain nombre de professionnels supplémentaires ont été interrogés sur deux sujets. L'un d'eux a été sollicité pour fournir sa définition de chaque terme spécifique à l'ESCAP. Quinze professionnels participant à une formation sur le dépistage et la prise en charge des patients souffrants de TCA ont été interrogés au sujet de l'introduction d'ESCAP (soit la question en lien avec l'attribution du problème de poids), ce qui représente un total de vingt-trois avis récoltés pour cet item.

Les regards critiques des praticiens expérimentés ont permis de relever les points positifs de l'outil et ceux pouvant être améliorés afin d'optimiser l'ESCAP avant la phase finale de prétest.

4.6.5. Entretiens de prétest

Ils ont été réalisés après une phase de familiarisation où les investigatrices ont observé un certain nombre d'entretiens mené par les diététiciennes expérimentées du CCNP en utilisant l'ESCAP. Une grille d'entretien destinée au prétest (Annexe V) a été élaborée pour représenter la dernière étape de vérification de l'acceptabilité et de la fiabilité de l'outil auprès de la population cible.

4.7. Analyses

4.7.1. Analyse et modification d'ESCAP

Les variables qualitatives ont été évaluées grâce aux trois grilles d'évaluations spécifiquement élaborées pour chaque échantillon interrogé, soit les proches, les professionnels et les participants du prétest. Les objectifs de chaque question figuraient sur la grille d'évaluation. Les réponses ont été catégorisées selon la variable mesurée. Les réponses ont été regroupées pour chaque population dans un document de synthèse, facilitant leur analyse. Des modifications ont été apportées à chaque étape de l'analyse lorsque l'objectif n'était pas atteint.

Au vu du petit nombre de personnes interrogées, il a initialement été décidé que chaque réponse avait son poids et méritait une attention particulière. Les réponses reçues ont toujours été contextualisées selon le public et les caractéristiques propres à la personne interrogée. Lorsqu'une question ne répondait pas favorablement à la variable étudiée, elle était modifiée, puis prétestée.

L'analyse des données recueillies auprès des proches a servi à la création de la grille d'entretien des professionnels. Puis, l'analyse de toutes ces données ont permis une première modification d'ESCAP et la création de la grille d'entretien du prétest.

Tous les entretiens ont été enregistrés afin de garantir la qualité de l'entretien, centré sur la personne interrogée et de permettre une réécoute pour compléter les synthèses.

4.7.2. Éthique

Un formulaire de consentement (Annexe VIII) a été créé puis rempli en bonne et due forme par les huit participants du prétest ayant accepté de participer à l'étude. Un enregistrement des entretiens a été effectué avec l'accord des participants. Les données ont ainsi pu être utilisées ultérieurement au besoin lors de la retranscription des données. Tous les enregistrements, des professionnels et des participants, seront détruits dans un délai de six mois à compter de la date de l'enregistrement afin de garantir l'anonymat de chacune des personnes ayant participé à l'étude.

4.7.3. Ressources et budget

Les Centre de Consultation de Nutrition et de Psychothérapie (CCNP), Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Centre Médical Universitaire de Genève (CMU) et Haute École de Santé de Genève (HEdS) ont mis à disposition leurs bibliothèques, abonnements aux revues scientifiques, locaux et matériel. Et le CCNP a aussi mis à disposition de cette étude leurs dossiers patients archivés, et leurs patients pour le prétest de l'ESCAP.

5. Résultats & analyses

Les résultats et analyses de la trame d'entretien de l'évaluation structurée des comportements alimentaires problématiques sont présentés dans l'ordre des items de sa version finale (Annexe IX). Chaque item présenté développe les résultats des entretiens des proches et des professionnels, puis l'analyse de ceux-ci et la modification effectuée avant le prétest. Ensuite, les résultats et analyses du prétest sont exposés. Finalement, la proposition de modification de l'item est présentée avec la version originale de la trame, la version utilisée lors du prétest et la version finale.

5.1. Attribution du problème de poids

Résultats

Parmi les 8 proches interrogés, 5 ont perçu cette question négativement (« trop intrusive »), 4 ont éprouvé de la difficulté à y répondre et 1 jugeait qu'il était nécessaire d'avoir fait un travail sur soi au préalable pour pouvoir y répondre. Leurs propositions étaient de : commencer par un questionnement orienté sur les attentes du patient (n=2), s'assurer au préalable que le poids pose un problème au patient et investiguer les événements liés (n=6).

Parmi 23 professionnels, seuls 2 utilisaient cette question de manière systématique et 21 ne l'utilisaient jamais. Ces derniers affirmaient qu'une réponse à cette question survenait souvent lors de l'anamnèse pondérale ou au courant de la discussion de début d'entretien (« comment puis-je vous aider ? », « qu'est-ce qui vous amène ? »). Pour les 2 autres, la question servait principalement à reformuler les explications du patient.

Analyse, modification et prétest

Les proches et les professionnels avaient une opinion assez similaire. Afin de ne pas mettre le patient mal à l'aise, tout en lui permettant de formuler son attribution du problème de poids, une investigation du motif de consultation du patient de manière « libre » et reformule l'attribution du problème de poids exprimée spontanément par le patient.

Au cours du prétest, l'investigation libre et la reformulation n'ont permis d'identifier l'attribution du participant quant à sa prise de poids que dans 2 cas sur 8, soit parce que les participants n'évoquaient pas clairement une raison précise, soit parce que la reformulation ne suffisait pas à clarifier la représentation du patient.

Proposition

Originale	A quoi attribuez-vous votre problème de poids ?
Prétest	Reformuler l'attribution du problème de poids exprimée par le patient
Finale	Reformuler l'attribution du problème de poids exprimée par le patient Ou Votre prise de poids, à quoi l'attribuez-vous plus particulièrement ? Y a-t-il autre chose ?

5.2. Restriction cognitive et représentations**Résultats**

Les 8 proches interrogés ont compris la question, ils ont tous répondu selon leurs critères et énuméré leurs représentations.

Les professionnels ont eux aussi répondu par une définition liée à leurs représentations et à leurs vécus de praticiens. Un professionnel posait la question en utilisant une alternative (« être attentif ») dans le but d'évaluer la qualité de l'alimentation et non la restriction. Les autres (n=8) complétaient la question avec « est-ce que vous contrôlez votre alimentation dans le but de perdre du poids ? », pour déterminer l'état de restriction du patient.

Analyse, modification et prétest

Il semble que le terme « faire attention » n'ait pas une signification unique, car les proches et les professionnels interrogés avaient chacun leur propre interprétation. Cette question paraît pertinente pour investiguer l'état de restriction cognitive d'un patient et ses principales représentations, mais il semblait judicieux de faire préciser au patient sa propre définition du terme « faire attention ».

Lors du prétest, tous les participants sauf 1 (n=7) ont énoncé leurs représentations. La question complétée par la demande de précision a donc été conservée.

Proposition

Originale	Faites-vous actuellement attention à ce que vous mangez ?
Prétest	Faites-vous actuellement attention à ce que vous mangez ? Pour vous que signifie « faire attention » ?
Finale	Faites-vous actuellement attention à ce que vous mangez ? Pour vous que signifie « faire attention » ?

5.3. Obsession alimentaire**Résultats**

Les 8 proches interrogés ont compris la question. Elle a été reçue positivement et a été évaluée comme non-redondante.

La moitié des professionnels (n=4) posait cette question telle quelle ou de manière très similaire. L'autre moitié ne posait pas la question (n=2) ou abordait la restriction (n=2) (« est-ce qu'il vous

arrive de vous restreindre ? »). 1 professionnel indiquait que la question était pertinente, mais selon lui pas adaptée lors d'un premier entretien (« trop intime »).

Analyse, modification et prétest

La question semblait pertinente pour poursuivre l'investigation non seulement de l'état de restriction cognitive du patient, mais aussi la survenue d'une obsession alimentaire, présente lors de restriction (4). Ainsi, la question a été conservée en adéquation avec la moitié des professionnels interrogés qui l'utilisait et l'évaluation de non-redondance donnée par les proches.

Chez les 8 participants du prétest, l'obsession alimentaire était observée avec cette question, ainsi elle répondait à son objectif.

Proposition

Originale	Est-ce que le soir quand vous vous couchez, ou le matin en vous levant, vous vous dites « je vais faire attention à ce que je mange aujourd'hui » ?
Prétest	Est-ce que le soir quand vous vous couchez, ou le matin en vous levant, vous vous dites « je vais faire attention à ce que je mange aujourd'hui » ?
Finale	Est-ce que le soir quand vous vous couchez, ou le matin en vous levant, vous vous dites « je vais faire attention à ce que je mange aujourd'hui » ?

5.4. Faim physique ressentie et faim vs envie

Résultats

Les 8 proches ont compris la première question et ont déclaré que leur réponse aurait été identique si la question leur avait été posée sans la précision « physiquement » (n=8). Par contre, leur vécu de la seconde question était majoritairement négatif (n=5) (« propos accusateurs »).

La majorité des professionnels interrogés précisait « physiquement » afin de faire différencier au patient la faim de l'envie (n=6). Les 2 autres ne la mentionnaient pas, car cette précision induisait la réponse. L'un d'eux proposait de débiter par une question ouverte et la plupart des professionnels poursuivaient l'investigation avec des questions de type ouvertes (n=5).

La seconde question rencontrait des avis divergents, certains professionnels ne la posaient pas (n=2) ou modifiaient sa formulation (n=3), d'autres ne l'utilisaient (n=3) pas systématiquement. Aucune raison particulière ne justifiait cet évincement, mais les variations étaient nombreuses (« quand vous mangez, c'est par faim ou par envie ? », « j'ai faim ou j'ai envie de manger', quelle est la différence ? », « quand vous avez envie, que mangez-vous ? »).

Analyse, modification et prétest

Les entretiens des proches ont montré que, chez la population générale, préciser « physiquement » était superflu. Les entretiens de professionnels ont révélé l'induction de la réponse par cette précision et qu'une question ouverte était privilégiée. Ainsi, la question a été retravaillée pour aboutir à deux questions pour obtenir la représentation de la faim et le ressenti physique du patient. Lors du prétest, elles ont été comprises par les participants et ont répondu à leur objectif.

La formulation accusative de la seconde question était mal perçue par les proches et les professionnels qui rechignaient à l'utiliser. Cette question subsidiaire posée lors de confusion entre faim et envie de manger devait donc être modifiée. La proposition a été inspirée d'un professionnel interviewé : « 'j'ai faim ou j'ai envie de manger', quelle est la différence ? », une formulation apaisant le ton de la question originale et dépersonnalisant le patient. Au cours du prétest, la question a été comprise et vécue positivement par la majorité (n=6). Bien que 2 participants aient exprimé leur culpabilité (« je ne devrais pas écouter mes envies »), la question a atteint l'objectif de différencier la faim de l'envie de manger.

Proposition

Originale	Est-ce que vous ressentez la faim physiquement ? Si oui comment ? Vous avez faim ou envie de manger ?
Prétest	Comment ressentez-vous la faim ? Que ressentez-vous physiquement ? « J'ai faim ou j'ai envie de manger », pour vous quelle est la différence ?
Finale	Comment ressentez-vous la faim ? Que ressentez-vous physiquement ? « J'ai faim ou j'ai envie de manger », pour vous quelle est la différence ?

5.5. Envie de manger

Résultats

Les proches ont évalués les questions comme compréhensibles (n=8), bien que leur formulation ait été jugée peu claire (n=3), notamment la deuxième question, non comprise par plusieurs (n=3).

La majeure partie des professionnels abordaient la question de l'envie de manger suite à l'investigation de la faim (n=6). Certains reprenaient une situation évoquée par le patient en lui demandant s'il avait mangé par faim ou par envie (n=2).

Analyse, modification et prétest

Il paraît primordial d'investiguer la situation du patient qui mange sans faim. Comme le sujet est abordé avec l'item de la faim, il semble plus adapté de poursuivre l'investigation avec l'envie de manger, c'est pourquoi les items « satiété » et « envie de manger » ont été permutés. En accord avec les remarques des proches et pour obtenir un niveau de langue plus neutre et littéraire, la formulation des questions a été retravaillée.

Au cours du prétest, l'ordre des items était adéquat et les questions répondaient à l'objectif (n=8). Lorsque la réponse à la première question était affirmative, les questions subsidiaires étaient posées et ont été bien reçues et comprises (n=8).

Finalement, l'item se nommait « appétit et envie de manger », mais aucun professionnel et aucun participant ne s'est référé à l'appétit, ainsi ce terme n'est plus approprié et il a été supprimé.

Proposition

Originale	Est-ce qu'il vous arrive d'avoir envie de manger, sans avoir faim ? Si oui, qu'est-ce qu'il se passe ? Qu'est-ce que vous mangez ? A quel moment de la journée ?
Prétest	Est-ce qu'il vous arrive d'avoir envie de manger, sans avoir faim ? <i>Oui</i> Que se passe-t-il ? Qu'est-ce que vous mangez ? A quel moment de la journée ?
Finale	Est-ce qu'il vous arrive d'avoir envie de manger, sans avoir faim ? <i>Oui</i> Que se passe-t-il ? Qu'est-ce que vous mangez ? A quel moment de la journée ?

5.6. Satiété ressentie et satiété dépassée**Résultats**

La notion de satiété étant définie dans la question, la compréhension a été bonne pour les 8 proches interrogés. Cependant, certains ont évalué la formulation comme confuse (n=2).

La moitié des professionnels demandait en premier lieu si le patient savait quand s'arrêter de manger et abordaient la satiété dans un second temps (n=4) et une minorité procédait dans l'ordre de la trame originale (n=3). Les professionnels connaissaient la définition de la satiété (n=8).

La seconde question n'était formulée ainsi par aucun professionnel (n=8). Des équivalences étaient proposées (« comment vous sentez-vous en fin de repas ? », « quelles sont vos sensations physiques quand vous mangez ? ») pour investiguer les sensations avant de définir le terme « satiété » (n=4).

Analyse, modification et prétest

Énoncer le terme « satiété » dans la question, suivi de sa description était peu utilisé en pratique, ainsi il paraissait adéquat d'investiguer au préalable la sensation de satiété sans la désigner, la définir ou l'expliquer, afin de laisser le patient s'exprimer. Le terme « satiété » a été retiré afin d'éviter d'influencer une réponse ou d'indisposer un patient en ignorant la définition exacte.

Le patient était premièrement questionné sur l'arrêt de la prise alimentaire, puis sur ses sensations physiques pour investiguer le dépassement de la satiété. Le prétest a confirmé que les questions et étaient comprise par tous les patients (n=2) et que la première question répondait à l'objectif. Par contre, la seconde question ne permettait pas d'aborder le dépassement de la satiété. Elle a donc été remplacée par la question « est-ce que parfois vous avez l'impression d'avoir trop mangé ? » au cours du prétest. Celle-ci a été bien reçue et comprise et a répondu à son objectif (n=2). En outre, lorsqu'elle n'a pas été posée, le dépassement de la satiété n'a pu être déterminé (n=2).

Proposition

Originale	Est-ce que vous ressentez la satiété, c'est-à-dire quand vous avez assez mangé ? Est-ce que vous vous arrêtez de manger à ce moment-là ? (Satiété dépassée = quand on a trop mangé et que l'on se sent mal)
-----------	---

Prétest	Lors d'un repas, qu'est-ce qui fait que vous arrêtez de manger ? Comment vous sentez-vous après le repas ? (digestion)
Finale	Lors d'un repas, qu'est-ce qui fait que vous arrêtez de manger ? Est-ce que parfois vous avez l'impression d'avoir trop mangé ?

5.7. Grignotage

Résultats

Les proches ont tous compris les questions et le terme « grignotage » (n=8), toutefois, la moitié lui attribuait une connotation négative (n=4). La première question était qualifiée de claire et les suivantes de compréhensibles mais dérangeants (« formulation surprenante », « notion de temps manquante », « aller chercher les aliments ne correspond pas à mon idée du grignotage »).

Le grignotage est systématiquement investigué par les professionnels. Il s'agit d'un thème peu « menaçant », qui permet de redéfinir la différence avec la collation et d'investiguer la compulsion alimentaire. La moitié des définitions du grignotage données par les professionnels correspondait à la littérature contemporaine (n=4) (cf. 3.6.9. définition du grignotage), tandis que l'autre moitié mentalisait l'acte de grignoter (« le grignotage naît dans la tête », « est un choix d'orienté par la recherche du plaisir », « est un acte découlant de l'envie »).

Analyse, modification et prétest

Le grignotage a certes une connotation négative, mais il demeure un sujet banal permettant d'aborder la compulsion alimentaire. Tandis que les proches interrogés semblent au clair sur cette notion, la moitié des professionnels la confondent avec la compulsion alimentaire. La formulation des questions est effectivement équivoque, puisqu'elle utilise ce sujet pour investiguer la perte de contrôle. Étant ouverte et offrant plusieurs solutions, cet item donne au patient la possibilité de révéler ses comportements sans crainte. Dans le but de diminuer la confusion émergeant du discours des professionnels et pour étendre le questionnement à l'investigation du grignotage déclenché par stimulation externe qui manquait, une question supplémentaire a été ajoutée.

Lors du prétest, les questions répondaient à l'objectif et suffisaient à déterminer s'il s'agissait de grignotage ou de compulsion alimentaire.

Proposition

Originale	Est-ce qu'il vous arrive de grignoter ? Quand c'est devant vous ? Ou bien vous allez le chercher dans le placard ou l'acheter ?
Prétest	Est-ce qu'il vous arrive de grignoter ? <i>Oui</i> Est-ce que vous grignotez lorsque les aliments sont devant vous ? Est-ce que vous allez les chercher dans le placard ou les acheter ?
Finale	Est-ce qu'il vous arrive de grignoter ? <i>Oui</i> Est-ce que vous grignotez lorsque les aliments sont devant vous ? Est-ce que vous allez les chercher dans le placard ou les acheter ?

5.8. Compulsion alimentaire et Quantité et fréquence

Résultats

Les proches ont compris les termes « compulsion » et « perte de contrôle », mais la première question était vécue négativement (n=8). Ils l'ont qualifiée de trop longue (n=5) et déstabilisante (n=3) (« elle met les gens face à la réalité »). Les trois questions suivantes ont été comprises (n=8) et qualifiées de claires (n=5).

La définition de la compulsion divergeait selon les professionnels. La compulsion était associée à une prise alimentaire découlant d'une envie irrésistible de manger (n=6) ou à la faim (n=2). Le sentiment de perte de contrôle ou la perte de contrôle étaient des aspects présents pour tous (n=8). La moitié relevait les quantités de nourriture ingérées (n=4), deux d'entre eux faisaient référence à d'importantes quantités, les deux autres en indiquaient de plus faibles que lors de crise de boulimie.

La question était utilisée telle quelle par la moitié des professionnels (n=4). Un professionnel ne mentionnait la description de la compulsion qu'en cas de mauvaise compréhension du patient. Les autres n'utilisaient pas cette question à cause de sa formulation (n=3) (« incompréhension du terme par les patients âgés », « désaccord avec l'inclusion de la perte de contrôle dans la question », « exploration d'une situation donnée préférée »). Les questions suivantes étaient posées de façon identique à la trame d'origine (n=7).

Analyse, modification et prétest

Les proches vivaient négativement la question et les professionnels n'étaient pas tous au clair sur la définition de la compulsion (cf. 3.6.10. définition compulsion). Il semble inadmissible que la majeure partie des professionnels ne soit pas en mesure de donner une définition exacte de la compulsion alimentaire. Étant donné que la question investiguait différentes caractéristiques de la compulsion simultanément, elle a été divisée pour investiguer chaque aspect successivement et en améliorer la compréhension. Au lieu de procéder à une entrée en matière avec le terme « compulsion », il n'a premièrement pas été nommé, puis est apparu à la fin de l'investigation sous la forme d'une annonce délivrée par le praticien lorsque le patient avait répondu positivement aux questions précédentes.

Le prétest a permis d'établir la bonne compréhension des questions par tous les participants (n=4) et la reformulation du terme « besoin irrésistible » par « envie irrésistible » semblant plus adapté (n=2). Toutefois, la première question demeurait reçue négativement par la majorité des participants (n=3) évoquant la culpabilité. Ce résultat a été évalué comme profitable d'une part, car selon les spécialistes de l'entretien motivationnel, un mécontentement face à la situation présente est propice au changement (94). D'autre part, le vécu positif de l'annonce de la compulsion (n=4) a permis de déterminer qu'elle était plus adéquate à la suite de l'investigation. Cependant, la trame d'entretien ayant pour but le dépistage de problématiques alimentaires, une annonce à mi-parcours n'était pas appropriée. Aussi a-t-elle été corrigée par une question incluant le terme « compulsion alimentaire ».

Proposition

Originale	<p>Est-ce qu'il vous arrive d'avoir des compulsions, c'est-à-dire un besoin irrésistible de manger avec l'impression de perdre le contrôle ? Cela veut dire que vous mangez (vous craquez) alors que vous ne vouliez pas manger et que vous n'avez pas faim</p> <p>Si oui, qu'est-ce que vous mangez par exemple ? (C'était quand la dernière fois et qu'est-ce que vous avez mangé ?)</p> <p>Cela vous arrive combien de fois par jour/semaine/mois ?</p> <p>Depuis quand ?</p>
Prétest	<p>Vous est-il déjà arrivé de ressentir un besoin irrésistible de manger alors que vous n'aviez pas l'intention de manger ?</p> <p><i>Oui</i> Dans cette situation, est-ce que vous mangez alors que vous n'aviez pas faim ?</p> <p>Avez-vous l'impression de ne plus contrôler ce que vous mangez ou de ne pas pouvoir vous arrêter ?</p> <p><i>Oui</i> Association envie irrésistible et perte de contrôle = nommer et définir la compulsion alimentaire</p> <p><i>Oui</i> Pouvez-vous me donner un exemple ?</p> <p>En quelles quantités ?</p> <p>Cela vous arrive combien de fois par jour ou par semaine ?</p> <p>Depuis combien de temps cela vous arrive-t-il ?</p>
Finale	<p>Vous est-il déjà arrivé de ressentir un besoin irrésistible de manger alors que vous n'aviez pas l'intention de manger ?</p> <p><i>Oui</i> Dans cette situation, est-ce que vous mangez alors que vous n'aviez pas faim ?</p> <p>Avez-vous l'impression de ne plus contrôler ce que vous mangez ou de ne pas pouvoir vous arrêter ?</p> <p><i>Oui</i> Avez-vous parfois l'impression de faire une compulsion alimentaire ?</p> <p><i>Oui</i> Pouvez-vous me donner un exemple ?</p> <p>En quelles quantités ?</p> <p>Cela vous arrive combien de fois par jour ou par semaine ?</p> <p>Depuis combien de temps cela vous arrive-t-il ?</p>

5.9. Sentiment après la compulsion**Résultats**

Les proches ont reçu la question de manière majoritairement positive (n=6).

La quasi-totalité des professionnels posait cette question (n=7), celui qui ne la posait pas estimait que les patients exprimaient d'eux-mêmes leur ressenti (« la question fait mal inutilement »).

Analyse, modification et prétest

L'évocation du ressenti après la compulsion fait bien souvent état d'une souffrance (critère C de l'hyperphagie boulimique), mais elle offre aussi au patient la possibilité d'en parler et de faire valoir sa démarche de guérison. La question originale ne dissocie pas souffrance physique et mentale, mais comme l'inconfort lié à la distension abdominale est investigué avec la satiété, il est nécessaire de modifier la question pour enquêter spécifiquement sur la souffrance morale.

Au cours des prétests, la question ne permettait de répondre à l'objectif que de manière partielle et seul un participant mentionnait une souffrance morale, les autres eurent besoin d'une question supplémentaire (« Ressentez-vous de la culpabilité ? ») pour évoquer leur malaise. Toutefois, la notion de souffrance était présente chez tous les participants et la question paraissait suffisante à correspondre au critère de l'hyperphagie boulimique.

Proposition

Originale	Comment est-ce que vous vous sentez après la compulsion ?
Prétest	<i>Oui</i> Que ressentez-vous après la compulsion ?
Finale	<i>Oui</i> Que ressentez-vous après la compulsion ?

5.10. Gêne et honte

Résultats

En majorité, les proches ont compris les questions (n=7) et les termes « craquer » et « en cachette » (n=7). Toutefois, une confusion était liée aux termes « grignoter » et « craquer », ayant une signification différente, réunis dans une même question (n=6).

Les avis étaient partagés parmi les 8 professionnels interviewés, ils formulaient tous la question différemment de celle d'origine (n=8). La minorité était totalement en accord avec la formulation et la place de la question dans la trame (« parler de grignotage aide le patient à s'exprimer ») (n=3). Tandis que la majorité estimait inadéquat la réintroduction du grignotage après l'investigation des compulsions alimentaires (« remplacer la première partie de la question par 'dans cette situation' », « n'investiguer que la gêne en cas de compulsion ») (n=5). Finalement, deux professionnels optaient pour formuler d'abord la seconde question (« est-ce que vous mangez en cachette ? »).

Analyse, modification et prétest

L'objectif de la question semblait porter à confusion pour les proches comme les professionnels, le sujet investigué par l'item n'étant pas clair pour tous. Il s'agit d'évaluer le critère B.4 de l'HB (gêne par rapport à son comportement) et indirectement le critère B.5 (dégoût de soi, honte). Afin de lever cette confusion et d'entrer en matière de manière plus douce, la seconde question a été placée en premier, comme effectué par plusieurs professionnels. Lors de réponse affirmative, elle était suivie de l'investigation des circonstances, tandis que lors de réponse négative, d'une investigation plus poussée de la gêne.

Lors du prétest, la compréhension de la nouvelle question a été évaluée comme comprise et perçue positivement par tous les participants interrogés (n=6) et l'item répondait à son objectif dans tous les cas lors de réponse positive (n=5). Lors de réponse négative, l'investigation poussée ne montrait pas d'autre résultat pour le seul participant concerné (n=1). Ceci ne permettait pas de valider ou non cette dernière question, toutefois, elle semblait redondante en ne s'étant pas avérée utile. Au risque de nuire au maintien du lien thérapeutique, elle fût évincée.

Proposition

Originale	Quand vous grignotez ou vous craquez, est-ce que vous êtes seul ou c'est égal ? Le faites-vous en cachette ?
Prétest	Est-ce que parfois vous mangez en cachette ? <i>Oui</i> Dans quelle(s) circonstance(s) ? <i>Non</i> Il ne vous est donc jamais arrivé de faire une compulsion en vous cachant du regard des autres ?
Finale	Est-ce que parfois vous mangez en cachette ? <i>Oui</i> Dans quelle(s) circonstance(s) ?

5.11. Rapidité**Résultats**

La majeure partie des proches interrogés ont eu de la difficulté à déterminer la situation référée dans la question (n=6) et seuls deux ont cité « la compulsion ».

Étonnamment, les professionnels étaient eux aussi hésitants dans leur réponse, bien que la majorité ait cité « la compulsion » (n=6) et les autres « le grignotage » (n=1) ou « les deux » (n=1). Certains professionnels utilisaient cet item pour investiguer la rapidité habituelle de la prise alimentaire (n=2).

Analyse, modification et prétest

L'ambivalence marquée des professionnels et la mauvaise compréhension des proches confirmèrent qu'une reformulation était indispensable. La rapidité de la prise alimentaire pendant la crise de boulimie répond au critère B.1 de l'HB, mais une évaluation de la vitesse générale permet au diététicien de considérer cet axe de travail. Durant le prétest, ces deux critères ont été mesurés comme répondant à l'objectif et étant adaptés à la discussion pour les 5 participants. Ils étaient majoritairement conscients de subir une augmentation de leur vitesse d'ingestion en situation de crise de boulimie et révélait manger de façon habituellement hâtive (n=6).

Proposition

Originale	Avez-vous l'impression de manger plus vite que d'habitude ?
Prétest	Est-ce que vous avez l'habitude de manger vite ? Avez-vous l'impression de manger plus vite que d'habitude lorsque vous faites une compulsion ?
Finale	Est-ce que vous avez l'habitude de manger vite ? Avez-vous l'impression de manger plus vite que d'habitude lorsque vous faites une compulsion ?

5.12. Hyperphagie nocturne ou « Night eating syndrome »**Résultats**

Parmi les 8 proches interrogés, la majorité ont compris la question (n=6), malgré une incertitude récurrente sur la signification du terme « la nuit » (n=5).

Selon certains professionnels, l'hyperphagie nocturne (HN) est une pathologie rare (n=1) et dont le traitement dépend de la pathologie associée (n=3). L'item dépiste l'HN, mais les questions ne

permettaient pas de procéder à une évaluation complète de l'HN (pathologie, fréquence, sensation de faim, quantités, perte de contrôle) (n=3). Par ailleurs, d'autres professionnels interrogés donnaient une définition imprécise de l'HN (n=2) ou n'en connaissaient pas les caractéristiques (n=2). Les 8 professionnels donnaient des avis mitigés sur la pertinence des questions de l'item et l'un d'eux proposait comme première question : « est-ce que vous vous relevez la nuit *exprès* pour manger ? ».

Analyse, modification et prétest

Les avis des proches et des professionnels ont révélé l'importance de modifier cet item afin de dépister trois point-clés de l'HN pour évaluer et orienter adéquatement. Pour ce faire, il est essentiel de déterminer la cause du réveil nocturne, le besoin de s'alimenter sans sensation physique de faim et la récurrence des épisodes. La question suggérée par un professionnel paraissait adaptée pour débiter l'investigation, suivie de questions sur la faim et la récurrence.

Au cours du prétest, la première question a été comprise par tous les participants (n=5). Les questions suivantes d'investigation de l'hyperphagie nocturne ont été posées à un participant et évaluées comme claires et comprises (n=1).

Proposition

Originale	Est-ce qu'il vous arrive de manger la nuit ? Avant de vous endormir, vous vous relevez ? Ou vous vous réveillez et vous devez manger quelque chose pour vous rendormir ?
Prétest	Est-ce que vous vous relevez la nuit exprès pour manger ? Est-ce par faim ou pour d'autres raisons ? Cela vous arrive combien de fois par semaine et depuis combien de temps ?
Finale	Est-ce que vous vous relevez la nuit exprès pour manger ? <i>Oui</i> Est-ce par faim ou pour d'autres raisons ? Pouvez-vous me donner un exemple ? Cela vous arrive combien de fois par semaine et depuis combien de temps ?

5.13. Réaction alimentaire aux affects négatifs

Résultats

Les 8 proches ont compris la question sans avoir besoin de la précision entre parenthèse. La signification de « ça va mal » était « ne pas avoir le moral » (n=7) et « être déprimé » (n=1).

Parmi 8 professionnels, chacun avait sa propre façon d'utiliser la question. Les uns parlaient d'émotions (n=4), tandis que les autres reformulaient la question (« ... vous mangez plus, moins ou comme d'habitude ? ») (n=2) ou n'utilisaient pas les précisions pour ne pas induire de réponse (n=1), seul un professionnel utilisait la question de manière identique.

Analyse, modification et prétest

Parmi les proches et les professionnels interrogés, chacun percevait situation négative différemment, ainsi ne citer aucun exemple offre la liberté d'exprimer ses pensées.

Lors du prétest, la question sans exemple a été comprise par tous les participants et atteignait son objectif (n=5). De plus, une question supplémentaire investiguant les émotions a spontanément été

posée par l'investigatrice. Les émotions sont un sujet abordé en psychothérapie et leur dépistage permettra d'orienter le patient au besoin.

Proposition

Originale	Quand ça va pas (rupture, deuil, contrariété), vous mangez plus ou vous mangez moins ?
Prétest	Quand ça ne va pas, vous mangez plus ou vous mangez moins ?
Finale	Quand ça ne va pas, vous mangez plus ou vous mangez moins ? Y a-t-il des émotions qui influencent votre comportement alimentaire ?

5.14. Réaction alimentaire aux affects positifs

Résultats

Parmi 8 proches, six ont compris la question sans avoir besoin d'énoncer les précisions contenues dans la parenthèse, les autres (n=2) la trouvaient peu claire et ne comprenaient pas à quoi se référait « bien ». Les situations évoquées étaient très variées allant du quotidien à l'occasion spéciale.

La moitié des professionnels interviewés considérait cet item, suivant l'investigation des réactions alimentaires aux affects négatifs très fréquentes, comme redonnant une dynamique positive à l'entretien et sa position dans la trame comme adéquate (n=4). Comme au point précédent, chacun des 8 professionnels utilisait la question à sa manière, soit en incluant les émotions (n=2), soit en reformulant la question (n=3) et dissociaient situations « normale » et « de fête » (n=2). A nouveau, un seul professionnel utilisait la question d'origine.

Analyse, modification et prétest

L'interrogation récurrente concernant la confusion entre plusieurs situations positives et le fait que les professionnels reformulent systématiquement la question ont démontré la nécessité d'y apporter une précision.

Lors du prétest, la question atteignit son objectif pour tous les participants (n=4). Lorsqu'un exemple avait été donné (« et dans des situations de convivialité ? ») la réponse avait alors été différente dans la majorité des cas (n=3). L'ajout d'une possibilité de préciser la situation était alors concluant.

Proposition

Originale	Quand ça va bien (une bonne nouvelle, une fête, de la convivialité), vous mangez plus ou vous mangez moins ?
Prétest	Quand ça va bien, vous mangez plus ou vous mangez moins ?
Finale	Quand ça va bien, vous mangez plus ou vous mangez moins ? A quelles situations pensez-vous ?

5.15. Crises de boulimie

Résultats

Parmi les 8 proches interviewés, aucun n'a vécu cette question positivement et la majorité ont exprimé un vécu très négatif (n=5). Tous les proches comprenaient le terme « crise de boulimie » comme le résultat de la boulimie, soit une ingestion d'énormes quantités de nourriture (n=8) suivie de vomissement (n=3).

Alors que la quasi-totalité des professionnels interrogés investigaient la survenue de crises de boulimie (CB) (n=7), seuls deux posaient la question de la trame originale. Ils préféraient aborder la « perte de contrôle » pour arriver plus subtilement dans le sujet. La majeure partie définissait d'abord la CB sans la nommer (« les patients pensent aux vomissements lorsqu'ils entendent le mot 'boulimie' ») (n=5). Par ailleurs, la définition de la crise de boulimie donnée par les professionnels était surprenante : la moitié confondait CB et compulsions alimentaires (n=4) et la majorité des définitions était inexacte (n=5). Les professionnels confondaient la CB et la compulsions alimentaires ou omettaient un aspect déterminant comme perte de contrôle ou sentiment de perte de contrôle, rapidité de la prise alimentaire ou notion de temps.

Analyse, modification et prétest

Les réactions négatives des proches à l'énoncé « crise de boulimie » et la méconnaissance des professionnels, ont permis de constater que cet item devait explorer la représentation du patient et permettre de redéfinir le terme. Ainsi la première question a été atténuée d'un parfois et suivie de deux recherches des représentations et du vécu du patient, puis la dernière question sur le ressenti suite à la CB a été jugée superflue, car la souffrance est investiguée plus haut.

Au cours du prétest, les deux premières questions répondaient à leur objectif (n=5). Une certaine redondance fut exprimée avec la troisième question dans deux cas, mais elle était nécessaire lorsque le participant ne donnait pas d'exemple spontanément. Dans le but d'obtenir une investigation complète, des questions sur les quantités, la vitesse et la récurrence des épisodes ont été ajoutées.

Proposition

Originale	Est-ce que des fois vous avez l'impression de faire des crises de boulimie ? Si oui, vous pouvez me donner un exemple ? Comment vous sentez-vous après ?
Prétest	Est-ce que parfois vous avez l'impression de faire des crises de boulimie ? Pour vous, qu'est-ce qu'une crise de boulimie ? Pouvez-vous me donner un exemple de situation vécue ?
Finale	Est-ce que parfois vous avez l'impression de faire des crises de boulimie ? Pour vous, qu'est-ce qu'une crise de boulimie ? <i>Oui</i> Pouvez-vous me donner un exemple de situation vécue ? Quelles quantités mangez-vous et en combien de temps ? Cela vous arrive combien de fois par jour ou par semaine ? Depuis combien de temps cela vous arrive-t-il ?

5.16. Comportement compensatoire inapproprié (CCI) Vomissement

Résultats

Parmi 8 proches, aucun ne recevait la question de manière positive, mais tous s'accordaient à dire qu'après avoir parlé de « crise de boulimie » la brutalité du terme « vomissement » était relative.

La majorité des professionnels interviewés utilisaient cette question (n=5), l'autre partie ne la formulait pas (« pas le profil des patients ») (n=3). Cependant, les professionnels étaient unanimes sur la nécessité de faire figurer l'item dans la trame pour optimiser le dépistage. Certains émettaient même l'avis que l'investigation devait toucher les situations passée et actuelle du patient, ainsi que le degré de gravité et la fréquence des vomissements (n=2).

L'argument favorisant leur investigation était que les répercussions considérables sur la santé ne permettent pas d'évincer le dépistage. En effet, la trame est composée essentiellement de questions ouvertes et permissives qui autorisent les patients à exprimer des comportements dont ils n'osent parler à personne. Dans le but de faciliter l'aveu, un professionnel demandait « avez-vous déjà eu l'idée de vomir pour éliminer ? » (« ils y ont parfois pensé ou ont essayé sans y parvenir »).

Analyse, modification et prétest

Les entretiens menés auprès des proches et des professionnels ont permis de conclure que la question d'origine était adaptée. L'ajout d'une seconde question suggérée par un professionnel a été testée afin d'observer si une notion supplémentaire était apportée.

Le prétest a permis de démontrer que la première question atteignait son objectif au contraire de la seconde, qui permettait uniquement de valoriser plus encore le comportement adéquat. Elle a donc été remplacée par l'investigation détaillée des vomissements dans le cas où le patient y recourait. L'élaboration des questions s'est basée sur la réécoute d'un prétest avec un participant concerné. L'ajout d'une valorisation du comportement adéquat permettait d'expliquer et d'agir de manière préventive face à ce comportement.

Proposition

Originale	Est-ce que ça vous est arrivé ou ça vous arrive de vomir dans le but de maigrir ou d'éliminer ce que vous avez mangé ?
Prétest	Est-ce que ça vous est arrivé ou ça vous arrive de vomir dans le but de maigrir ou d'éliminer ce que vous avez mangé ? <i>Non</i> Est-ce que cela vous a déjà traversé l'esprit ?
Finale	Est-ce que ça vous est arrivé ou ça vous arrive de vomir dans le but de maigrir ou d'éliminer ce que vous avez mangé ? <i>Oui</i> Combien de fois par jour ou par semaine ? Depuis combien de temps ? <i>Non</i> C'est très bien, car les vomissements engendrent un danger pour la santé

5.17. CCI Abus de médicaments ou substances

Résultats

Les proches ont compris les termes « laxatif » (n=8), « diurétique » (n=8) et « coupe-faim » (n=6). La notion d'utilisation de substances coupe-faim (amphétamines, cocaïne) a été mentionnée (n=1).

Parmi 8 professionnels, une majorité utilisait l'item (n=5), alors que l'autre partie non (n=3), dont l'un décrivait qu'il l'investiguait lors de l'anamnèse médicamenteuse. Toutefois, ces derniers étaient d'avis que l'investigation de l'abus de médicaments devait figurer dans la trame. Les autres recommandaient d'investiguer les situations passées et présentes, le degré de sévérité et la fréquence d'utilisation de ces produits. Certains utilisaient le terme général « médicaments » (n=2).

Analyse, modification et prétest

Les proches et les professionnels se servaient du terme « médicaments » pour désigner ces produits. Certains proches mentionnaient d'autres substances ou boissons utilisés comme tels, c'est pourquoi les termes précis « laxatifs, diurétiques et coupe-faim » ont été remplacés par les catégories « médicaments et substances ». Ensuite, une investigation du contexte de la prise des médicaments a été ajoutée afin de déterminer s'ils correspondaient aux critères de la boulimie nerveuse.

Au cours du prétest, l'impact d'une question plus générale a été évalué et atteint son objectif (n=5). Les questions suivantes ont été utilisées dans le cas de deux participants, elles ont permis de connaître le contexte de la prise médicamenteuse plus en détail. Par contre, l'item ne déterminait pas la fréquence de consommation actuelle et a nécessité l'ajout d'une question supplémentaire.

Proposition

Originale	Avez-vous pris des laxatifs, des coupe-faim ou des diurétiques dans le but de maigrir ?
Prétest	Avez-vous pris ou prenez-vous des médicaments ou d'autres substances dans le but de maigrir ? <i>Oui</i> Qu'avez-vous pris et était-ce sous prescription ? Avez-vous déjà pris une quantité plus importante que la prescription ?
Finale	Avez-vous pris ou prenez-vous des médicaments ou d'autres substances dans le but de maigrir ou d'éliminer ? <i>Oui</i> Qu'avez-vous pris et était-ce sous prescription ? Avez-vous déjà pris une quantité plus importante que la prescription ? Combien de fois par jour ou par semaine les consommez-vous ?

5.18. CCI Jeûne

Résultats

Les 8 proches n'ont pas compris la question, certains associaient le « jeûne » à la religion (n=3) et d'autres ne parvenaient à définir clairement ce qui qualifiait un « jeûne » (n=5).

Tous les professionnels interrogés pensaient que la question était intéressante, bien que certains ne l'utilisaient pas (n=3), un d'eux disait que « jeûne » était investigué lors de l'anamnèse pondérale. La seconde question n'était pas utilisée et le comportement devait être investigué en détail s'il survenait fréquemment (n=2).

Analyse, modification et prétest

La mauvaise compréhension de la question par les proches a indiqué que le terme « jeûne » n'était pas approprié. La seconde question a elle-aussi été formulée différemment pour être plus adaptée au langage utilisé dans l'entretien.

Lors du prétest, la première question a été testée et bien reçue auprès de tous les participants (n=5). La seconde question a pu être posée deux fois, elle a été comprise et a atteint son objectif (n=2).

Proposition

Originale	Cela vous est-il arrivé de faire du jeûne dans le but de maigrir ? De manière systématique ?
Prétest	Avez-vous déjà sauté un ou plusieurs repas dans le but maigrir ? <i>Oui</i> Combien de fois par semaine cela vous arrive-t-il ?
Finale	Avez-vous déjà sauté un ou plusieurs repas dans le but maigrir ? <i>Oui</i> Combien de fois par semaine cela vous arrive-t-il ?

5.19. CCI Exercice physique excessif

Résultats

Toutes les questions ont été comprises par les proches (n=8), bien qu'ils fussent d'avis que leur formulation devrait être modifiée (n=8) et le terme « sport » remplacé par « activité physique » (n=7). En effet, les proches percevaient le « sport » comme une activité vive, volontaire, faisant travailler à la fois l'endurance et le système cardio-vasculaire (n=8) et la moitié ne voyaient pas la marche comme un « sport » (n=4).

Parmi les 8 professionnels, tous s'accordaient sur l'importance de cette catégorie, bien que chacun l'utilise différemment. D'une part, une minorité ne questionnait pas le patient sur son activité physique ou rarement selon la trame d'entretien (n=4). D'autre part, certains n'investiguaient que le sport pratiqué dans le but de maigrir, sans parler de l'activité physique en général (n=2). Finalement, un professionnel préconisait le mot « mouvement » et le dernier utilisait l'item tel quel afin de terminer avec le comportement alimentaire et de partir sur le sujet de l'activité physique (en permettant de savoir si elle faisait office de comportement compensatoire inapproprié).

Analyse, modification et prétest

Suite aux avis récoltés, le terme « sport » a été modifié pour « activité physique » et les questions ont été reformulées. Finalement, une question a été ajoutée afin de dépister la possibilité d'une « addiction au sport ».

Grâce au prétest, la compréhension des trois premières questions a été évaluée comme bonne et leur objectif comme atteint pour tous les participants (n=5). La dernière question n'a pas répondu à son objectif dans le cas du participant qui a été testé et la réponse avait été donnée avec la question précédente (n=1), elle n'a donc pas été conservée.

Cependant, une question complémentaire a été posée systématiquement par l'investigatrice lorsque la réponse à la première question était négative, afin d'investiguer le moyen de déplacement du participant. Elle a permis à la moitié des participants de confier qu'ils en effectuaient en marchant et une valorisation de cet effort a été possible (n=2).

Proposition

Originale	Faites-vous du sport ? Quoi, combien ? Dans le but de maigrir ?
Prétest	Faites-vous de l'activité physique ? <i>Oui</i> Que faites-vous et à quelle fréquence ? Dans quel but ? Que se passe-t-il si vous ne faites pas de sport ?
Finale	Avez-vous une activité physique ? <i>Oui</i> Quelle activité pratiquez-vous et à quelle fréquence ? Dans quel but ? <i>Non</i> Comment effectuez-vous vos déplacements ?

6. Discussion

La validité faciale de l'étude pilote a été obtenue par l'évaluation et l'adaptation des différents critères correspondants, auprès d'un échantillon de vingt-quatre personnes (dont huit proches, huit professionnels et huit participants aux prétests). Le taux de réponses données pour chacune des questions était de 100 %, car la reformulation était utilisée en entretien pour obtenir une réponse. La compréhension des questions de la trame a été évaluée, afin de les modifier lors d'incompréhension de la quasi-totalité des personnes interrogées. L'ordre des items et questions les composants a été évalué et des modifications apportées à la trame, afin de rendre l'investigation plus logique et aisée. L'élaboration de la procédure de validation a été amorcée, mais le prétest auprès des participants de l'étude n'a pu être réalisé, car l'obtention de la validité faciale de l'outil a été privilégiée.

Une revue de la littérature a permis de mettre en avant des définitions précises des comportements alimentaires problématiques et des termes spécifiques au domaine de l'évaluation du comportement alimentaire utilisés dans l'ESCAP. La recherche axée sur les outils et questionnaires psychométriques utilisés dans le dépistage des TCA, TCANS et CAP a permis de mettre en évidence l'étalon-or adapté à vérifier la validité et la fiabilité de la trame d'entretien de l'ESCAP.

Ces recherches ont mis en avant la difficulté d'obtenir des outils fiables et validés de langue française. En effet, les questionnaires actuellement utilisés dans le domaine des troubles des conduites alimentaires ne sont pas validés dans cette langue, à l'exception des EAT, DEBQ et TFEQ, convenant à l'évaluation de l'anorexie et de certains CAP respectivement. Cependant, la version française de certains outils est très utilisée en clinique et dans les études scientifiques, le BITE et l'EDI-2 notamment, mais la plupart de ces outils avaient été validés dans leur langue d'origine il y a plusieurs dizaines d'années, sans avoir été actualisés depuis (95). Toutefois, le TFEQ (40) semble être un outil adéquat pour vérifier la fiabilité de l'item « restriction cognitive » de l'ESCAP, ainsi que pourrait être utilisé comme l'étalon-or pour l'évaluation de la faim, mais pas d'autres sensations alimentaires (28). De plus, il semble que le DEBQ (29) pourrait être utilisé pour tester la validité d'ESCAP en ce qui concerne les réactions alimentaires face aux différents affects (28).

La difficulté de trouver un questionnaire équivalant à l'ESCAP réside en sa structure d'entretien semi-dirigé qui ressemble peu aux questionnaires mentionnés, à l'exception du EDE (33) (34) de Fairburn et al. Ce dernier aurait vraisemblablement pu être utilisé s'il avait été disponible en français. En effet, à la différence d'autres questionnaires, l'ESCAP investigate un panel de troubles des conduites alimentaires spécifiés et non-spécifiés, et de comportements alimentaires problématiques. La majorité des questionnaires et des études se concentrent sur les pathologies décrites par le DSM-IV-TR et traitent rarement des problématiques en lien avec l'alimentation rencontrées par bon nombre de patients qui consultent un diététicien. Toutefois, quelques auteurs se sont intéressés à ces problématiques : la restriction cognitive est un concept relativement nouveau (96) (67), Allison est un précurseur en ce qui concerne la recherche sur l'hyperphagie nocturne (13) et le grignotage n'est dissocié des compulsions alimentaires que depuis peu (60) (14). Finalement, d'autres conduites alimentaires problématiques émergent, comme les fringales de sucre (15) et la chocolomanie (16) qui n'ont pas été traitées dans ce dossier, mais pour lesquelles un suivi de l'évolution sera important.

En conclusion, les particularités de l'ESCAP l'ont rendu presque impossible à égaler et aucun questionnaire à lui seul n'était adéquat pour en vérifier la validité. Les recherches détaillées ont

infirmé les questionnaires dits « validés » et concluent qu'aucun de ces outils n'est adapté à faire office d'étalon-or dans le cadre de la validation de l'ESCAP. En revanche, ils peuvent être utilisés par un professionnel dans le cadre d'un entretien afin d'affiner son diagnostic.

La nouvelle version de l'ESCAP réalisée lors de cette étude est devenue un outil adapté à la pratique des diététiciens. Elle a été façonnée pour être appropriée à une évaluation du comportement alimentaire ouvrant à la discussion et permettant d'établir un lien thérapeutique avec le patient lors d'une première consultation standard, d'une durée de 45 minutes à 1 heure, mené par un spécialiste de la nutrition et/ou des troubles des conduites alimentaires.

6.1. Facteurs de confusion, limites et biais

Général

Les grilles d'entretien ont été conçues pour « catégoriser » les réponses. Cela a permis de limiter les biais d'interprétation de la part des investigatrices lors de la récolte et l'analyse des données précédant les modifications de l'ESCAP.

L'un des biais identifié était que les stages des investigatrices et les entretiens de prétest s'étaient déroulés en étroite collaboration avec Magali Volery, investigatrice formatrice de la trame d'entretien de l'ESCAP. Afin de minimiser ce biais, son opinion a été demandée en dernier lieu.

Auprès des professionnels

Les investigatrices ignoraient le degré de connaissances que les professionnels avaient de l'ESCAP. Cela leur a permis de considérer chacune des réponses données à l'identique, limitant ainsi les biais lors de l'analyse des résultats.

Bien que les professionnels aient été à disposition, ils n'ont pas été sollicités par les investigatrices, représentant une limite quant aux analyses de l'étude.

Auprès des participants

La compréhension des questions a parfois été déduite par l'investigatrice. Cela s'est révélé possible selon la pertinence de la réponse donnée par le participant dans un contexte d'échange et de discussion. Toutefois, il demeure un biais d'interprétation possible.

Perspectives

Dans le cadre d'une validation future un comité d'experts a été qualifié comme un étalon-or plus performant que les questionnaires inventoriés. Ainsi, ils seront habilités à vérifier la validité de l'outil au moyen d'un entretien qui ne sera pas effectué avec la trame d'entretien de l'ESCAP.

7. Perspectives

7.1. Validation future

Suite à l'obtention d'une version finalisée d'ESCAP et à sa procédure de validation, cette dernière pourra être effectuée. À ces fins, une recherche d'étalons-or, outils diagnostic par excellence (92), a été menée et a abouti à une conclusion défavorable à l'utilisation de questionnaires. La suggestion pour une validation consiste en un entretien avec un professionnel expérimenté dans le domaine des comportements alimentaires conjointement aux questionnaires validés pour certains troubles, abordés dans ce travail.

7.2. Score

Chaque item de la trame originale (Annexe I) correspond à un ou des critère(s) DSM-IV-TR de l'hyperphagie boulimique (Annexe X) grâce auxquels deux scores ont été proposés. Un premier score permettrait de dépister la présence d'HB et un second score de définir la présence de comportements compensatoires inappropriés et la nécessité d'investiguer la boulimie nerveuse.

Score	Original (Annexe I)	Proposition (Annexe IX)
Hyperphagie boulimique	Items : 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 et 12 Total : 18 points	Items : 2a, 3, 4a, 5, 6b, 7b, 8d, 8e, 9, 10, 12a, 12b et 13a Total : 14 points
Comportement compensatoire inapproprié	Item : 13 Total : 4 points	Items : 14a, 14b, 14c, 14d Total : 4 points

Tableau 6 : Récapitulatif et proposition des items permettant le calcul des scores d'HB et de CCI

Score HB

L'obtention d'un score d'HB compris entre 0 et 14, de :

- ≥ 10 : indication de la présence de la composante d'hyperphagie boulimique
- compris entre 6 et 9 : indication de la présence d'un comportement alimentaire problématique
- ≤ 5 : indication d'un comportement alimentaire non problématique

Score CCI

L'obtention d'un score de CCI compris entre 0 et 4, de :

- ≥ 1 : indication de la présence de comportement compensatoire inapproprié
- ≤ 0 : indication de l'absence de comportement compensatoire inapproprié

7.2.1. Description et proposition

Le dépistage de l'HB se fait à l'aide de deux scores : un score de l'HB élevé, correspondant aux critères A, B, C et D et un score de CCI nul, correspondant au critère E du DSM-IV-TR. Une description de chaque critère avec les items correspondants à la trame originale (Annexe I) et des propositions à apporter à la trame finale de l'ESCAP (Annexe XI) sont présentées ci-dessous.

Critère DSM-IV-TR	Original (Annexe I)	Proposition (Annexe XI)
A	La « crise de boulimie » est évaluée avec les items 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11 et 12 de la version originale	Lors des modifications apportées à la trame, il est apparu qu'ils ne correspondent que moyennement à son évaluation : items 2 et 3 investiguent la restriction cognitive et l'obsession alimentaire ; item 5 ne permet pas de donner une véritable information sur la crise de boulimie, mais sur l'absence de sensation de faim et correspond au critère B3 ; item 8d permet d'investiguer la CB indirectement, mais elle est directement investiguée à l'item 13. Les nouveaux items sont : 7b, 12a, 12b, 13a et 13b
B	L'investigation doit faire ressortir trois critères pour dépister l'HB : items 4, 5, 6 et 8	Une modification de la numérotation les reporte aux items 4a, 5, 6b, 8e, 9 et 10
C	Investigation de la souffrance avec les items 3 et 8	La souffrance ayant été jugée très difficile à évaluer objectivement avec l'item 3, sa suppression ne laisse que l'item 8e pour évaluer ce critère
D	Investigation de la fréquence des épisodes de CB avec l'item 8 qui investigue la compulsion	Comme mentionné, la modification de la trame permet à l'item 13 d'investiguer sa fréquence
E	Le critère E permet d'exclure le diagnostic différentiel de boulimie nerveuse lors du dépistage de l'HB, il était investigué avec les questions de l'item 13	L'item 13 est devenu le nouvel item 14 et il n'est présent que si le comportement compensatoire est excessif, c'est-à-dire, selon le DSM-IV-TR, qu'il apparaît plus de 2 fois par semaine (4)

Tableau 7 : Récapitulatif des items évaluant les critères DSM-IV-TR dans les versions originale et finale d'ESCAP

7.2.2. Observations cliniques

Le score calculé sur la base du prétest mené avec la trame d'entretien de l'ESCAP a permis de dépister chez les participants : hyperphagie boulimique (n=3) ; boulimie nerveuse (n=1) ; comportement alimentaire problématique (n=3) et comportement alimentaire non problématique (n=1). Les scores ont été calculés, les différents critères ont été passés en revue et l'association des deux scores a été nécessaire pour déterminer la catégorie du trouble dépisté. Ces observations ont permis de conclure que l'ESCAP est adapté pour dépister l'HB et le diagnostic différentiel de boulimie nerveuse, ainsi que les différents CAP et les comportements alimentaires estimés comme non problématiques, mais pouvant être abordés en consultation diététique (par ex. reconnaissance des sensations alimentaires et rapidité des repas).

7.3. Guide d'utilisation d'ESCAP

Un guide d'utilisation de l'outil ESCAP servirait à optimiser son utilisation par les professionnels, novices et expérimentés. Il leur permettrait d'obtenir facilement des informations pertinentes, immédiatement applicables à leur pratique. Le guide sera établi dans le but de donner des pistes aux

professionnels concernant l'évaluation du comportement alimentaire mais ne doit pas être considéré comme suffisant pour des prestations optimales.

En Annexe XII un document répertorie de manière succincte les objectifs visés et établi une suggestion de sa structure. Après sa création, le guide devra être actualisé selon l'avancement des connaissances scientifiques.

7.4. DSM-V

Une recherche de littérature avait été initiée concernant de DSM-V. Ce sujet s'est rapidement, révélée être trop « futuriste » pour cette partie du projet et a été écarté. Le chapitre des TCA devrait subir une modification et l'HB devrait vraisemblablement être considérée comme un TCA et non plus un TCANS (48). Lors de la sortie du DSM-V, les nouveaux critères touchant aux troubles des conduites alimentaires devront être reconsidérés et l'ESCAP devra être modifié en conséquence.

7.5. Variables descriptives de la population étudiée

Dans le cadre de l'étude pilote, les données caractérisant la population étudiée ont été recueillies puis codées. Elles n'ont pas été résumées selon le type de variables (catégoriques ou numériques) afin d'en avoir une meilleure vue d'ensemble. Dans le cas d'une validation future, un résumé des données permettrait d'obtenir une meilleure lisibilité. Ces données sont potentiellement intéressantes pour d'autres études, notamment épidémiologiques.

7.6. ESCAP adapté aux enfants

Les enfants et adolescents sont également sujets à souffrir de comportements alimentaires perturbés. Une diététicienne faisant partie des professionnels interviewés avait créé une adaptation d'ESCAP pour une clientèle plus jeune, ce sujet a été considérée pertinente et utile à la pratique. Ainsi, il serait judicieux d'adapter ESCAP à cette population en effectuant une étude pilote de validation similaire à celle-ci. La formulation des questions se baserait sur une analogie des termes afin d'en faciliter la compréhension.

8. Auto-évaluation

Étant débutantes dans le domaine de la recherche, ce travail nous a appris à travailler en binôme sur une longue période de temps, soit un peu plus d'un an. Motivées et enjouées par le projet, nous avons débuté par faire des recherches personnelles et partager les éléments qui nous semblaient intéressants, de manière peu formelle. Suite à la réalisation du protocole de l'étude, les discussions ont été plus fréquentes et l'investissement dans le travail a augmenté de manière vertigineuse.

Une fois le cadre posé, nous avons rapidement relevé les difficultés de collaboration et nous en avons parlé avec notre partenaire de terrain avec qui nous avons toutes deux collaboré lors de stages. Elle a su nous donner des pistes de réflexion quant à notre manière très différente de travailler. Cette étape a été nécessaire pour mieux savoir comment nous organiser et améliorer la technique de travail du binôme avec nos ressources personnelles et la compréhension de nos méthodes de travail relativement différentes.

Nous avons utilisé nos ressources au mieux et avons demandé de rencontres régulières avec notre directrice de Travail de Bachelor et notre investigatrice et partenaire de terrain afin de leur exposer notre avancement et nos questionnements tout au long du projet. Les échanges ont été riches en conseils que nous avons appliqués et nous avons pu exposer nos points de vue personnels et en discuter ouvertement.

Bien que nos avis aient souvent été divergents sur les différents sujets traités par le mémoire, nous avons beaucoup discuté afin de trouver des consensus convenables. Nos réflexions ont toujours été effectuées dans le but de fournir un travail de qualité, de limiter les biais et nous avons toujours choisi l'avis le plus pertinent à ses fins.

Nous estimons que dans les limites de temps et de ressources disponibles à la réalisation de l'étude pilote et du présent travail de rédaction, notre travail, bien qu'il puisse toujours être amélioré, est satisfaisant. Nous espérons que notre travail servira à effectuer une validation de l'ESCAP, qui selon nous est un excellent outil de dépistage de problématiques rencontrées en consultation diététique.

9. Conclusion

L'étude pilote a permis de récolter des informations ciblées sur la trame d'entretien de l'Évaluation Structurée des Comportements Alimentaires Problématiques auprès de trois échantillons composés d'une population neutre, de professionnels de la santé et de patients consultant dans un centre spécialisé en nutrition et psychothérapie (prétest). Suite aux analyses des entretiens effectués avec les deux premiers échantillons, des modifications ont été apportées à la trame. Le nouvel outil a été réévalué lors des prétests, puis corrigé en fonction des réponses reçues par les participants. Finalement, la nouvelle version prétestée a été présentée en résultat de l'étude. Simultanément, les étapes nécessaires à la validation de l'ESCAP ont été passées en revue : définition de termes spécifiques, inventaire des étalons-or existants, caractérisation de la population cible, codage des variables et les modalités de la validation de l'instrument.

Les perspectives réservées à l'ESCAP ont été esquissées : validation scientifique de la trame d'entretien ; établissement d'un score permettant le dépistage de l'hyperphagie boulimique ; création d'un guide d'utilisation de l'ESCAP à l'usage des professionnels ; amendements correspondants aux critères de la nouvelle version du DSM et prise en compte des variables descriptives. La volonté d'élaborer une version de la trame adaptée aux enfants a aussi été relevée.

En conclusion, l'étude a évalué que la fiabilité d'un entretien effectué par un spécialiste du domaine des troubles des conduites alimentaires était supérieure à celle effectuée avec des questionnaires existants. La validation future de la trame d'entretien de l'ESCAP devant être rigoureuse, un panel d'experts des domaines de la nutrition et des troubles des conduites alimentaires en guise d'étalon-or permettrait de vérifier la validité de critère et la fiabilité de la trame d'entretien de l'ESCAP et d'obtenir des résultats fiables.

10. Liste des abréviations

BITE	Bulimic Investigatory Test of Edinburgh
BN	Boulimie nerveuse
CAP	Comportement alimentaire problématique
CCI	Comportements compensatoires inappropriés
CCNP	Centre de Consultation de Nutrition et Psychothérapie
DEBQ	Dutch Eating Behaviour Questionnaire
DSM-IV-TR	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4 ^{ème} édition)
EAT	Eating Attitude Test
EDE	Eating Disorder Examination
EDE-Q	Eating Disorder Examination-Questionnaire
EDI-2	Eating Disorder Inventory 2
ESCAP	Évaluation Structurée des Comportements Alimentaires Problématiques (ESCAP)
HB	Hyperphagie boulimique
HEdS	Haute école de santé de Genève
HN	Hyperphagie nocturne
IMC	Indice de masse corporelle
NEQ	Night Eating Questionnaire
RC	Restriction Cognitive
RS	Restraint Scale
SIAB-EX	Structured Interview for Anorexic and Bulimic Disorders for expert rating (SIAB-EX)
TCA	Troubles des conduites alimentaires
TCANS	Troubles des conduites alimentaires non spécifiés
TCC	Thérapie cognitive comportementale
TFEQ	Three-Factor Eating Questionnaire

11. Bibliographie

1. Office fédéral de la santé publique. La Suisse approuve la Charte de l'OMS sur la lutte contre l'obésité [En ligne]. 2006 [Consulté le 27 juin 2012]. Disponible: <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=fr&msg-id=8262>.
2. Di Vetta V, Clarisse M, Szymanski J, Giusti V. Lorsque le patient obèse ne perd pas de poids ou continue à en prendre. *Revue médicale suisse*. 2012;12(334);673.
3. Stunkard AJ. Eating disorders and obesity. *Psychiatr Clin North Am*. 2011;34(4);765-71.
4. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition, texte révisé. (Washington DC, 2000). Traduction française par J-D Guelfi et al. Paris: Masson; 2003.
5. Wolf N. The Beauty Myth: How images of beauty are used against women. London: Vintage; 1991.
6. Anderson JW, Konz EC, Frederich RC et al. Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *Am J Clin Nutr*. 2001;74(5):579-84.
7. Pidoux V, Kruseman M, Volery M. Prescription de regimes amaigrissants : une pratique qui perdure? *Revue Médicale Suisse*. 2012;8:678-81.
8. Di Vetta V, Clarisse M, Giusti V. Régimes amaigrissants : lesquels conseiller/déconseiller ? *Revue Médicale Suisse*. 2005;12.
9. Herman CP, Mack D. Restrained and unrestrained eating. *J Pers*. 1975;43(4):647-660.
10. Zermati JP. La restriction cognitive, comment en sortir? 2009;45(4):190-195.
11. Douglas Institut Universitaire en Santé Mentale. Troubles de l'alimentation : causes et symptômes [En ligne]. 2012 [consulté le 11 juillet 2012]. Disponible: <http://www.douglas.qc.ca/info/troubles-alimentation>.
12. Vust S. Ni anorexie ni boulimie : les troubles alimentaires atypiques. Editions Médecine et Hygiène. Chêne-Bourg: 2012.
13. Stunkard AJ, Grace WJ, Wolff HG. The night eating syndrome: a pattern of food intake among certain obese patients. *Am J Med*. 1955;19:78-86.
14. Rigaud D, Pr. Anorexie, Boulimie et compulsions. Paris: Ed. Marabout; 2003.
15. Wurtman RJ, Wurtman JJ. Carbohydrate craving, obesity and brain serotonin. *Appetite*. 1986;7:99-103.
16. Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids. Les autres troubles du comportement alimentaire [En ligne]. 2011 [consulté le 30 novembre 2011]. Disponible: <http://www.gros.org/sinformer/comportement-alimentaire/anorexie-et-boulimie>.
17. Preti A, Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, Graaf R, Bruffaerts R, Demyttenaere K, Pinto-Meza A, Haro JM, Morosini P; ESEMeD-WMH Investigators. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res*. 2009;43(14):1125-32.
18. Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris J-C, Diserens C, Alsaker F, Michaud P-A. Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse, SMASH 2002. [En ligne]. 2002 [consulté le 3 décembre 2011]; Disponible: http://www.umsa.ch/files/umsa_smash_f_4.pdf.
19. Arthuis M, Duché DJ. Diagnostic et traitement des troubles des conduites alimentaires des adolescents : anorexie mentale et boulimie nerveuse. *Bull Acad Natl Med*. 2002;186(3):699-707.
20. Lieberherr R, Marquis J-F, Storni M, Wiedenmayer G, Altwegg D. Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 2007. Enquête suisse sur la santé. [En ligne]. 2010 [consulté le 3 décembre 2011]; Disponible: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/publ.html?publicationID=4093>.
21. Frei D, Montfort H. Les Genevois et leur santé: principaux résultats de l'enquête suisse sur la santé 1997. [En ligne]. [consulté le 30 novembre 2011]; Disponible: <http://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2001/analyses/communications/an-cs-2001-13.pdf>.
22. Haute Ecole de Santé de Genève. Promouvoir la santé et soigner par l'alimentation [Internet]. 2011 [cité 2011 nov 16]; Available from: http://www.heds-ge.ch/portail/welcome.nsf/pages/nutrition_et_dietetiqueF.
23. Volery M, Golay A. Comment détecter des troubles du comportement alimentaire chez des patients obèses ? *Rev Med Suisse* [En ligne]. 2001 [consulté le 13.11.2011];(647). Disponible :

- revue.medhyg.ch/article.php3?sid=21508.
24. Masseboeuf N, Romand D. Compétences pour la prévention et l'éducation thérapeutique en nutrition. *Information diététique*. 2008;3:38-42.
 25. Fossati M et coll. Thérapie cognitive en groupe de l'estime de soi chez les patients obèses. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 2004;14:29-34.
 26. Henderson M, Freeman CP. A self-rating scale for bulimia. The "BITE". *Br J Psychiatry*. 1987;150:18-24.
 27. Bouvard M, Cottraux J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. 4e éd. Paris: Masson; 2002.
 28. Lluch A. Identification des conduites alimentaires par approches nutritionnelles et psychométriques: implications thérapeutiques et préventives dans l'obésité humaine. [Thèse de doctorat]. Nancy: Université Henri Poincaré; 1995.
 29. Van Strien T, Frijters JE, Van Staveren WA, Defares PB, Beurenberg P. The predictive validity of the Dutch Restrained Eating Scale. *International Journal of Eating Disorders*. 1986;5:747-755.
 30. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979;9(2):273-9.
 31. Carrot G, Lang F, Estour B, Pellet J, Gauthey C, Wagon C. Étude de la EAT. Échelle d'auto-évaluation de l'anorexie mentale dans une population témoin et dans une population d'anorectiques. *Ann. Med. Psychol*. 1987;145(3):258-264.
 32. Leichner P, Steiger H, Puentes-Neuman G, et coll. Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires auprès d'une population québécoise francophone. *Revue Canadienne de Psychiatrie*. 1994;39:49-54.
 33. Cooper Z, Fairburn C. The Eating Disorder Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 1987;6:1-8.
 34. Fairburn CG, Cooper Z. The Eating Disorder Examination (12th edition). In Fairburn CG, Wilson GT. *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press; 1993.
 35. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*. 1994;16:363-370.
 36. Mobbs, O., & Van der Linden, M. (2006). Traduction française du questionnaire sur l'alimentation (Eating Questionnaire, EDE-Q). Unpublished.
 37. Garner DM. *Eating Disorder Inventory 2 professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources Inc; 1991.
 38. Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Martion NS, Sarwer DB, Wadden TA, et al. The Night Eating Questionnaire (NEQ): Psychometric properties of a measure of severity of the Night Eating Syndrome. *Eating Behav*. 2008;9:62-72.
 39. Polivy J, Herman CP, Warsh S. Internal and external components of emotionality in restrained and unrestrained eaters. *J Abnormal Psychol*. 1978;87:497-504.
 40. Stunkard AJ, Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*. 1985;29:71-83.
 41. Ricca V, Castellini G, Mannucci E, Lo Sauro C, Ravaldi C, Rotella CM, Faravelli C. Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Elsevier*. 2010;55:656-665.
 42. Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological Treatments of Binge Eating Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(1):94-101.
 43. Waller G. Bulimic attitudes in different eating disorders: Clinical utility of the BITE. *International Journal of Eating Disorders*. 1992;11(1):73-78.
 44. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 1979;9:429-448. doi:10.1017/S0033291700031974.
 45. Allison DB, Franklin RD. The readability of three measures of dietary restraint. *Psychotherap Private Practice*. 1993;12:53-57.
 46. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*. 1982;12(4):871-8.
 47. Cooper Z, Cooper PJ, Fairburn CG. The validity of the eating disorder examination and its subscales. *Br J Psychiatry*. 1989; 154:807-812.

48. Carrard I. Auto-traitement par Internet avec guidance pour la boulimie et l'hyperphagie boulimique [Thèse de doctorat]. Genève: Université de Genève; 2011 [consulté le 11 mai 2012]. Disponible: <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:16283>.
49. Reas Deborah L, Grilo Carlos M, Masheb Robin M. Reliability of the Eating Disorder Examination-Questionnaire in patients with binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44:43-51.
50. Garner D, Olmsted M, Polivy J. Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*. 1983;2:15-34.
51. Couture S. Le rôle du sentiment d'efficacité personnelle, de l'insatisfaction corporelle et de l'alexithymie dans l'étiologie et le maintien des troubles des conduites alimentaires [Thèse de doctorat]. Montréal: Université de Montréal; 2010 [consulté le 24 mai 2012]. Disponible: https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/bitstream/1866/4095/3/Couture_St%C3%A9phanie_2010_T_h%C3%A8se.pdf.
52. Tasca GA, Illing V, Lybanon-Daigle V, Bissada H, Balfour L. Psychometric properties of the Eating Disorder Inventory-2 among women seeking treatment for binge eating disorder. *Assessment* 2003;10:228-36.
53. Lerfel Y, Kindynis S, Romo L, Daouk O, Detournay MC, Granger B, Debray Q. Évaluation de l'efficacité d'une thérapie cognitivocomportementale sur les symptômes cliniques des troubles du comportement alimentaire chez des patientes traitées en hôpital de jour. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*. 2008;18:72-76.
54. Forrer P, Anton C, Page D. Groupe expérimental de prise en charge de la boulimie nerveuse selon le modèle de C. G. Fairburn : résultats préliminaires. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*. 2008;18:142-147.
55. Striegel-Moore RH, Franko DL, Garcia J. The Validity and Clinical Utility of Night Eating Syndrome. *Int J Eat Disord*. 2009;42:720-738.
56. Wilson GT, In Brownell KD, Fairburn CG. *Eating Disorders and obesity. A comprehensive handbook*. New York: Guilford Press. 1995.
57. Société Suisse de Nutrition. Maigrir en bonne santé. [En ligne]. 2011 [consulté le 25 avril 2012]; Disponible: http://www.sge-ssn.ch/media/medialibrary/2012/06/feuille_d_info_maigrir_en_bonne_sante_2011.pdf.
58. Mitchell JE, Devlin MJ, De Zwaan M, Crow SJ, Peterson CB. *Binge-Eating Disorder Clinical Foundations and Treatment : Diagnosis and Epidemiology of Binge-Eating Disorder*. New York: Guilford Press; 2008.
59. Wilfley DE, Wilson GT, Agras WS. The clinical significance of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2003;34:S96-106.
60. Fichter MM, Quadflieg N, Gnatzmann A. Binge eating disorder : Treatment outcome over a 6-year course. *Journal of Psychosomatic Research*. 1998;44:384-405.
61. Fichter MM, Quadflieg N. The structured Interview for Anorexic and Bulimic Disorders for DSM-IV and ICD-10 (SIAB-EX) : Reliability and validity. *European Psychiatry*. 2001;16:38-48.
62. Wilfley DE, Schwartz MB, Spurrell EB, Fairburn CG. Assessing the specific psychopathology of binge eating disorder patients: interview or self-report? *Behav. Res. Ther.* 1997;35(12):1151-1159.
63. Herman CP, Polivy J. Anxiety, restraint and eating behavior. *J. of Abnormal Psychol.* 1975; 84: 666-672.
64. Apfeldorfer G, Zermati JP. Traitement de la restriction cognitive. In : Zermati JP, Apfeldorfer G, Waysfeld B. *Traiter l'obésité et le surpoids*. Paris: O. Jacob; 2010.
65. Zermati JP. *Maigrir sans régime*. Paris: O. Jacob; 2004.
66. Zermati JP, Apfeldorfer G. La restriction cognitive. In : Zermati JP, Apfeldorfer G, Waysfeld B. *Traiter l'obésité et le surpoids*. Paris: O. Jacob; 2010.
67. Zermati JP, Apfeldorfer G, Waysfeld B. *Traiter l'obésité et le surpoids*. Paris: O. Jacob; 2010.
68. Basdevant A, Le Barzic M, Guy-Grand B ; *Les obésités*. Paris: Edition PIL; 1988.
69. Richter CP. Increased salt appetite in adrenalectomized rats. *Am J Physiol*. 1936; 115:155-161.
70. Fantino, M. Contrôle physiologique de la prise alimentaire. In : Basdevant A, Laville M, Lerebours E. *Traité de nutrition clinique de l'adulte*. Paris: Flammarion; 2001.
71. Basdevant A, Le Barzic M, Guy Grand B. *Comportement alimentaire : du normal au pathologique*.

- Paris : PIL; 1990.
72. Vaissière M. Troubles du comportement alimentaire & médecine générale [Thèse non publiée]. Toulouse: Université Paul Sabatier; 2004.
 73. Basdevant A, Guy-Grand B. Médecine de l'Obésité. Paris: Editions Flammarion; 2004.
 74. Holley A. Régulation nutritionnelle, goût et appétits. In : Zermatti JP, Apfeldorfer G, Waysfeld B. Traiter l'obésité et le surpoids. Paris: O. Jacob; 2010.
 75. Le Barzic M. et al. Analyse clinique du comportement alimentaire. In : Basdevant A, Laville M, Lerebours E. Traité de nutrition clinique de l'adulte. Paris : Flammarion; 2001.
 76. Larousse [En ligne]. Paris: Édition Larousse. Envie [consulté le 4 mars 2012]. Disponible: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue>.
 77. Fairburn CG, Cooper Z, O'Connor M. Eating Disorder Examination [En ligne]. New York. Guilford Press Edition 16.0D. 2008 [consulté le 11 mai 2012]. Disponible: http://www.mentalhealthuk.org/pdf/EDE_16.0.pdf.
 78. Fairburn C, Cooper Z. New perspectives in dietary and behavioural treatments for obesity. *Int J Obesity*, 1996;20, S9-S13.
 79. Poulain JP. Éléments pour une histoire de la médicalisation de l'obésité. *Obes*. 2009;3;7-16. DOI 10.1007/s11690-009-0178-0.
 80. Birketvedt, G. S., Florholmen, J., Sundsfjord, J., Osterud, G., Dinges, D., Bilker, W., et al. (1999). Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 282, 657–663.
 81. O'Reardon JP, Ringel BL, Stunkard AF, et al. Circadian eating and sleeping patterns in the night eating syndrome. *Obes Res* 2004;12:1789-1796.
 82. Allison KC, Engel SG, Crosby RD, de Zwaan M, O'Reardon JP, Wonderlich SA, et al. Evaluation of Diagnostic Criteria for Night Eating Syndrome Using Item Response Theory Analysis. *Eat Behav*. 2008;9(4):398–407.
 83. Hahusseau S. Emotions et comportement alimentaire. In : Zermatti JP, Apfeldorfer G, Waysfeld B. Traiter l'obésité et le surpoids. Paris: O. Jacob; 2010.
 84. Berg KM, Hurley DJ, McSherry JA, Strange NE. Les troubles du comportement alimentaire. Traduction de la 1re édition anglaise par Françoise Anthouard-Trémolières. Bruxelles: Éditions De Boeck Université; 2005.
 85. Attia RG, Boussetta A, Ghazali I, Zalila H, Fakhfakh R. Validation d'une version arabe du EAT40 et du bite en Tunisie. *L'Information psychiatrique*. 2008;84;761-9.
 86. Cronbach L. *Essentials of Psychological Testing*, 4th edition. New York: Harper & Row; 1984.
 87. Dotti A, Lazzari R. Validation and reliability of the Italian EAT-26. *Eat Weight Disord*. 1998;3;188-94.
 88. Wainsten P, directeur. *Le Larousse Médical*. 5e éd. Paris: Larousse; 2009.
 89. Johnston O, Reilly J, Kremer J. Excessive Exercise: From Quantitative Categorisation to a Qualitative Continuum Approach. *Eur. Eat. Disorders Rev*. 2011;19;237–248.
 90. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C. An update on the definition of "excessive exercise" in eating disorders research. *Int J Eat Disord*. 2006;39(2);147-53.
 91. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé : Recommandations pour les adultes âgés de 18 à 64 ans [En ligne]. 2012 [Consulté le 27 juin 2012]. Disponible: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/fr/index.html.
 92. Perneger T. Le questionnaire de recherche : mode d'emploi à usage des débutants. *Rev Mal Respir*. 2004;21:6S71-6S74.
 93. Kauffmann F, et col. L'exemple du questionnaire de l'Etude Epidémiologique des facteurs Génétiques et Environnementaux de l'Asthme, l'hyperréactivité bronchique et l'atopie (EGEA). *Rev Mal Respir*. 2002;19:323-333.
 94. Britt E, Hudson S, Blampied N. Motivational interviewing in health settings: A review. *Patient Education and Counseling*. 2004;52:147-55.
 95. Callahan S, Rousseau A, Knotter A, Bru V, Danel M, Chabrol H et al. Les troubles alimentaires : présentation d'un outil de diagnostic et résultats d'une étude épidémiologique chez les adolescents. *Encephale*. 2003;29(3);239-47.
 96. Polivy J, Herman P. Good and bad dieters. Self-perception and reaction to a dietary challenge. *Intern. J. Eating Disorders*. 1991;10:91-99.

12. Annexes

Annexe I	Tram d'entretien originale « Évaluation du comportement alimentaire »
Annexe II	Outils de dépistage (BITE, DEBQ, EAT, EDE, EDE-Q, NEQ, RS, TFEQ)
Annexe III	Grille d'évaluation des entretiens des proches
Annexe IV	Grille d'évaluation des entretiens des professionnels
Annexe V	Grille d'évaluation des entretiens de prétests
Annexe VI	Tableau de codage des variables décrivant la population cible
Annexe VII	Protocole de l'étude pilote de validation de la trame d'entretien de l'Évaluation Structurée des Comportements Alimentaires Problématiques
Annexe VIII	Formulaire de consentement pour les patients du prétest
Annexe IX	Trame d'entretien finalisée « Évaluation Structurée des Comportements Alimentaires Problématiques »
Annexe X	Critères DSM-IV-TR de l'hyperphagie boulimique
Annexe XI	Proposition de trame d'entretien finalisée avec scores d'HB et de CCI inclus « Évaluation Structurée des Comportements Alimentaires Problématiques »
Annexe XII	Guide d'utilisation d'ESCAP (structure)