

**THESE**

**POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Marion SABATIER**

Le 22 mai 2023

**L'INATTENTION PERÇUE CHEZ LES ADULTES OBÈSES  
PRÉSENTANT UN TROUBLE DU COMPORTEMENT  
ALIMENTAIRE DE TYPE HYPERPHAGIE BOULIMIQUE**

Directeur de thèse : Dr Valérie LAI-KUEN

**JURY :**

**Madame la Professeur Hélène HANAIRE**

**Présidente**

**Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN**

**Assesseur**

**Monsieur le Professeur Antoine YRONDI**

**Assesseur**

**Madame le Docteur Valérie LAI-KUEN**

**Assesseur**

FACULTE DE SANTE  
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux  
Tableau des personnels HU de médecine  
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHE Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MASSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe  
 Professeur BOUTAULT Franck  
 Professeur CARON Philippe  
 Professeur CHAMONTIN Bernard  
 Professeur CHAP Hugues  
 Professeur GRAND Alain  
 Professeur LAGARRIGUE Jacques  
 Professeur LAURENT Guy  
 Professeur LAZORTHE Yves  
 Professeur MAGNAVAL Jean-François  
 Professeur MARCHOU Bruno  
 Professeur PERRET Bertrand  
 Professeur RISCHMANN Pascal  
 Professeur RIVIERE Daniel  
 Professeur ROUGE Daniel

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
<b>P.U. Médecine générale</b>			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b> M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	<b>Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène</b> Mme MALAUAUD Sandra
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loic	Hématologie	
<b>P.U. Médecine générale</b>		
M. MESTHÉ Pierre		
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		
<b>M.C.U. Médecine générale</b>			
M. BISMUTH Michel			
M. BRILLAC Thierry			
Mme DUPOUY Julie			
M. ESCOURROU Emile			

**Maîtres de Conférence Associés**

<b>M.C.A. Médecine Générale</b>	
M. BIREBENT Jordan	
Mme BOURGEOIS Odile	
Mme BOUSSIER Nathalie	
Mme FREYENS Anne	
Mme LATROUS Leila	
M. PIPONNIER David	
Mme PUECH Marielle	

## REMERCIEMENTS

*Merci au Pr Hélène Hanaire de me faire l'honneur de présider ma soutenance de thèse. Je remercie également le Pr Jean-Christophe Poutrain, d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et pour son grand soutien tout au long de mon parcours. Merci également au Pr Antoine Yroni d'avoir aimablement accepté de faire partie de mon jury.*

*Je tiens à remercier la Chef d'Oncologie du CH de Bretagne, Pr Annie Wdowik, dont les mots m'ont accompagnée tout au long de l'ascension de cette montagne. Également, le Dr Arnaud Ferouelle et le Dr Xavier Binetti, pour leur présence réconfortante et amicale durant le semestre des urgences de Cahors et au-delà. Aussi, le Dr Igor Durliat, qui m'a accompagné dans les instants les plus difficiles. Et évidemment à ma chère directrice de thèse, le Dr Valérie Lai-Kuen, qui a cru en moi et qui m'a permis de déployer mes ailes. Je remercie également le Dr Bénédicte Jullian, de m'avoir aidé à persévérer et à mieux me connaître. Merci à Mr Olivier Lelouch de m'avoir ouvert la voie de la méditation de Pleine Conscience.*

*Merci à mes parents, qui m'ont soutenu corps et âme. Merci à mon grand-père Jean, pour la confiance et l'amour qu'il m'a donné. Merci à mon parrain Eric, pour son éternelle bienveillance. Merci à cette belle famille.*

*Merci à mes amis Normands, à mes amis d'ici et d'ailleurs, d'être restés à mes côtés malgré la distance. Merci de m'avoir donné la force.*

*Merci à toutes les personnes qui ont croisé mon chemin depuis plus de 3 ans, dans cette région magnifique qu'est l'Occitanie. Merci à vous pour ce beau voyage.*

*Merci à Mirza et à Taïga pour leur amour de chaque jour.*

*« Peut-être faut-il accorder notre vision comme nous accordons un instrument, pour augmenter sa sensibilité, sa clarté, sa portée ? Il s'agit alors de voir les choses telles qu'elles sont réellement, et non telles que nous voudrions qu'elles soient, ou ce que nous sommes conditionnés socialement à voir ou ressentir »*

**Jon Kabat-Zinn**

*« En se consacrant aux maladies du savoir-vivre, du savoir-manger, on finit par se rendre à cette évidence: obésités, maladies dégénératives du coeur et des vaisseaux, maladies alcooliques, anorexie, dépressions, troubles fonctionnels digestifs ou vasculaires [...] sont des maladies de l'anxiété, des blessures de l'unité ou de l'équilibre de l'être lui-même. [...] Les approches spécialisées organe par organe, les drogues touchant électivement tel mécanisme spécifique n'y peuvent rien. C'est le comportement dans son ensemble, corps et âme, qui est en cause. »*

**Jean Trémolières**

*« Quand tu es assis, sois assis. Quand tu es debout, sois debout. Quand tu marches, marche. Et surtout n'hésite pas »*

**Maître zen Yunmen**

## PLAN

- 1. INTRODUCTION *p.3*
- 1.1 CONTEXTE *p.3*
  - 1.1.1 L'OBÉSITÉ : L'ENJEU *p.3*
  - 1.1.2 L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE *p.3*
    - 1.1.2.1 DEFINITION *p.3*
    - 1.1.2.2 DIMENSION COGNITIVE DU BINGE EATING *p.4*
    - 1.1.2.3 PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE *p.6*
  - 1.1.3 MÉDITATION DE PLEINE CONSCIENCE *p.6*
    - 1.1.3.1 DEFINITION *p.6*
    - 1.1.3.2 LES PREUVES SCIENTIFIQUES *p.7*
    - 1.1.3.3 ACTIONS DE LA MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE *p.8*
  - 1.1.4 PLACE DE L'ATTENTION *p.9*
- 1.2 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE *p.10*
- 2. MÉTHODE *p.11*
  - 2.1 TYPE D'ÉTUDE *p.11*
  - 2.2 SCHÉMA D'ÉTUDE *p.11*
  - 2.3 CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE ET DE LA GRILLE D'ENTRETIEN *p.11*
    - 2.3.1 DIAGNOSTIC DE L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE *p.11*
    - 2.3.2 LE SCORE MAAS *p.12*
    - 2.3.3 COMORBIDITÉS SOMATIQUES *p.12*
    - 2.3.4 COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES *p.12*
  - 2.4 POPULATION *p.13*
  - 2.5 ANALYSE STATISTIQUE *p.14*
  - 2.6 DÉMARCHES ÉTHIQUES *p.14*
- 3. RÉSULTATS *p.14*
- 4. DISCUSSION *p.17*
  - 4.1 ANALYSE *p.17*
    - 4.1.1 LE SCORE MAAS *p.17*
    - 4.1.2 COMPARAISON DES GROUPES TCA ET NON TCA *p.17*
    - 4.1.3 LE DIAGNOSTIC D'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE *p.19*
  - 4.2 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE *p.19*

4.3 PERSPECTIVES *p.20*

5. CONCLUSION *p.20*

6. BIBLIOGRAPHIE *p.20*

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE *p.23*

ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN *p.26*

# **1. INTRODUCTION**

## **1.1 CONTEXTE**

### **1.1.1 L'OBÉSITÉ : L'ENJEU**

L'obésité est un phénomène d'une ampleur considérable, aux dimensions épidémiques, elle est reconnue comme une maladie chronique par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) depuis 2007 et touche les différents domaines bio-psycho-sociaux de l'individu (INSERM). En France, en 2019, 17% de la population souffre d'obésité, selon l'OMS, le nombre de cas d'obésité a triplé dans le monde depuis 1975. Ces patients ont un taux d'utilisation des services de soins particulièrement élevé et de plus l'obésité touche majoritairement une population jeune et bien souvent les plus défavorisés. Ce qui constitue un véritable enjeu de santé publique et de notre société hyper-moderne.

### **1.1.2 L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE**

L'hyperphagie boulimique, le binge eating (officiellement décrite dans le DSM-V depuis 2012) est un facteur de risque de cette pathologie multifactorielle qu'est l'obésité, estimé à plus de 30% dans cette population. Elle se caractérise par des épisodes récurrents de crises de boulimie mais sans le recours aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie (2). Elle représente 2,8% de la population générale en 2021, soit 2% des hommes et 3,5% des femmes. Il s'agit du plus prévalent des troubles du comportement alimentaire et néanmoins du moins connu parmi : la boulimie (bulimia nervosa), les troubles des conduites alimentaires non spécifiés TCA-NS et l'anorexie mentale. Une étude souligne que les accès hyperphagiques sont plus fréquents dans les obésités dites morbides (IMC > 40). (3)

#### **1.1.2.1 DEFINITION**

*Les critères diagnostiques du trouble de binge eating selon le DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) :*

- ❖ Épisodes récurrents d'accès hyperphagiques (épisodes de binge eating) caractérisés par les deux critères suivants :
  1. La prise alimentaire se déroule dans une période discrète de temps, avec une quantité de nourriture qui est certainement plus grande que ce que la plupart des individus mangeraient pendant cette même période et dans les mêmes circonstances
  2. Le patient ressent un manque de contrôle lors de l'accès hyperphagique (sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler la quantité absorbée)
  
- ❖ Les accès hyperphagiques sont associés à au moins trois des critères suivants :
  1. Manger plus vite que d'habitude
  2. Manger jusqu'à se sentir inconfortablement trop "plein"
  3. Manger en grand quantité sans avoir faim
  4. Manger seul par crainte de se sentir embarrassé devant quelqu'un
  5. Se dégoûter, se sentir déprimé ou coupable après avoir trop mangé
  
- ❖ Présence d'une détresse marquée face aux accès hyperphagiques
- ❖ Les accès arrivent au moins une fois par semaine au cours des 3 derniers mois
- ❖ Les accès ne sont pas compensés par des comportements tels que des vomissements, des laxatifs, des activités physiques en excès, etc

### **1.1.2.2 DIMENSION COGNITIVE DU BINGE EATING**

Les accès d'hyperphagie boulimique se caractérisent par :

- ❖ **Une alimentation émotionnelle**
- ❖ **Un déficit de self-contrôle**
- ❖ **Une impulsivité**

Alimentation émotionnelle : Manger des aliments gras ou sucrés dits aliments apaisants dans le but de soulager une émotion. Selon la théorie de l'évitement, la crise hyperphagique survient lorsque le sujet dirige son attention sur la nourriture en vue de la détourner de la détresse éprouvée (4) et associée à une restriction cognitive par une diminution de la perception de soi, le sujet perd ses capacités d'inhibition. Le comportement est maintenu car il assure l'homéostasie émotionnelle du sujet (5). Elle est associée à une dysrégulation émotionnelle, notamment l'alexithymie (difficulté à ressentir, nommer et accepter ses émotions).

Self contrôle : La maîtrise de soi est l'aspect du contrôle inhibiteur qui implique le contrôle de ses émotions au service du contrôle de son comportement. Le concept de contrôle inhibiteur implique d'être capable de contrôler son attention, son comportement, ses pensées et/ou ses émotions pour passer outre une forte prédisposition (pulsion) interne et ainsi pouvoir agir de façon appropriée. (6)

Impulsivité : Une prise de décision cognitive rapide associée à une difficulté d'attention focalisée, de concentration et à une intensité de pensées interférentes. Whiteside et Lynam ont défini quatre dimensions de l'impulsivité (7) (8) :

- ❖ **L'urgence** : *automatisme en réponse à un stimuli interne ou externe*
- ❖ **Le manque de préméditation** : *des conséquences à long terme, coping non adapté*
- ❖ **Le manque de persévérance** : *difficulté d'attention et de concentration*
- ❖ **La recherche de sensation** : *hypersensibilité du système de récompense*

Restriction cognitive : L'ensemble des comportements alimentaires, des croyances, des interprétations concernant la façon de se nourrir, résultant d'une intention de maîtriser son poids par le contrôle mental du comportement alimentaire (9). Elle est favorisée par les régimes restrictifs et les interdits alimentaires et entraîne une culpabilité, une baisse de l'estime de soi et in fine une perte de contrôle.

Perception de soi : L'image de soi, l'image du corps comme support identitaire. La personne obèse a une image de son corps floue (il ignore quels sont les contours de son corps) et clivée « j'habite un corps qui n'est pas vraiment le mien » ainsi qu'une faible conscience corporelle (intéroceptive et viscérale). (10)

### **1.1.2.3 PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE**

La HAS (Haute Autorité de Santé) affirme que l'approche thérapeutique des troubles des conduites alimentaires doit être pluridisciplinaire, incluant les dimensions nutritionnelles, somatiques, psychologiques, psycho corporelles, sociales, et familiales (2). La TCC (Thérapie Cognitivo-Comportementale) est à ce jour recommandée en première intention dans le traitement de l'hyperphagie boulimique (grade A) (2). La première vague des TCC repose sur l'approche comportementale du changement, la deuxième vague intègre l'approche cognitiviste et enfin la troisième vague, développée dans les années 90 vient enrichir ces dernières avec une dimension nouvelle qui inclut la subjectivité et le vécu émotionnel. Parmi les TCC de 3ème vague, nous pouvons citer, la thérapie des schémas, la thérapie reposant sur la Pleine Conscience (type MBCT *Mindfulness based cognitive therapy*), la thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT *Acceptance and commitment therapy*) et la thérapie dialectique et comportementale. L'American Psychiatric Association (APA) recommande également les thérapies interpersonnelles. Finalement, les approches centrées sur l'estime de soi, l'affirmation de soi et la confiance en soi sont des pierres angulaires de la prise en charge (11). En effet, il n'existe pas une approche psychologique type de l'obésité mais un ensemble de techniques qui doivent être pensées ensemble et adaptées à chaque patient (12).

### **1.1.3 MÉDITATION DE PLEINE CONSCIENCE**

#### **1.1.3.1 DEFINITION**

La Pleine Conscience est une notion orientale issue des sagesses indiennes ancestrales, désignant «l'Attention juste». Méditation vient du latin *mederi* qui signifie « soigner », et de la racine indo-européenne *med* « penser, réfléchir ». Elle intègre différentes pratiques (9) :

- ❖ **L'attention focalisée**
- ❖ **La pratique de la méditation bienveillante**
- ❖ **La méditation de présence ouverte**

La méditation de Pleine Conscience a été étudiée sous l'angle scientifique depuis les années 70 et développée au Massachusetts par l'équipe de Jon Kabat-Zinn. Depuis le programme MBSR initial, plusieurs programmes neuroscientifiques d'entraînement attentionnel ont été protocolisés, ont fait l'objet de nombreuses études pour finalement être appliqués dans divers domaines de la médecine au vu des bénéfices démontrés et parfois seulement présumés pour la santé physique et mentale. Le Pleine Conscience se définit comme un « *état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie instant après instant* ». (J. Kabat-Zinn) (13)

### **1.1.3.2 LES PREUVES SCIENTIFIQUES**

Dans le cadre de l'hyperphagie boulimique, deux revues systématiques de 2014 démontrent principalement une diminution de l'impulsivité et de l'alimentation émotionnelle chez ces patients sous l'effet de la Pleine Conscience (14) (15). D'autres études montrent une diminution des préoccupations autour de la nourriture, plus d'attention aux prises alimentaires, une meilleure écoute intéroceptive et une meilleure régulation émotionnelle (16) (17) ou encore une augmentation de la motivation à l'activité physique (18) (3). Aussi, une méta analyse de 2018 démontre une perte de poids mais témoigne que d'autres études sont nécessaires pour évaluer le maintien de cette perte de poids (19). Il existe un effet significatif sur le contrôle attentionnel, la régulation des émotions et la conscience de soi (20), de nombreuses études témoignent effectivement des bénéfices de la pratique de la Pleine Conscience dans l'anxiété, la dépression et la réduction du stress (21) (22).

Les limites de ces études qui s'intéressent aux modifications du comportement alimentaire sous l'effet de la méditation de Pleine Conscience sont souvent associées à de moindres échantillons, évaluant peu les effets à long terme, à des interventions de Pleine Conscience multiples sans pouvoir déterminer un protocole thérapeutique précis et au biais que représente la prise en charge globale qui intègre le versant psychologique. Il est également mentionné que les études seraient trop focalisées sur le comportement alimentaire et le poids au détriment de la dimension psychopathologique.

### 1.1.3.3 ACTIONS DE LA MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE

D'autres études se sont plutôt intéressées aux mécanismes cognitifs mis en jeu dans les conduites alimentaires et dans la Pleine Conscience qui expliqueraient les résultats cliniques. Il a été mis en évidence un modérateur émotionnel : le stress (Taylor et al., 2011) et des modérateurs cognitifs : l'impulsivité, la capacité d'inhibition et le self-contrôle (Hagger et al., 2013), sur lesquels la pleine conscience exerce son action. En effet, elle agit comme un régulateur émotionnel, en augmentant la capacité d'acceptation, de méta-cognition (connaissance de ses propres processus cognitifs), de maîtrise de soi, de lâcher prise, d'attention et de bienveillance envers soi.

Les trois axiomes de la pleine conscience selon le modèle de Shapiro et al. (2006) sont :

- ❖ **Intention** : *sans autre but que l'expérience qui se vit*
- ❖ **Attention** : *observer les expériences internes et externes instant après instant*
- ❖ **Attitude** : *compassion, patience et ouverture sans jugement*

En effet, le fait d'accepter l'envie de manger renforce le sentiment de self-contrôle et diminue la culpabilité. A l'inverse de l'évitement qui entraîne un "effet rebond" car plus une pensée est évitée plus elle devient envahissante (4). La Pleine Conscience pourrait réduire l'impulsivité alimentaire en permettant aux individus de se décentrer de leurs pensées automatiques (décentration) et d'accepter les états émotionnels aversifs qui prédisposent aux épisodes de binge eating (18).

La Pleine Conscience agit comme une procédure d'exposition, à travers laquelle l'observation de soi, de ses émotions, de ses pensées peut permettre d'approcher une force de congruence " Je me fais du bien, je le pense, je le dis et je le fais ". Il s'agit alors de cultiver une attention soutenue à soi pour une meilleure connaissance et conscience de ses propres représentations et de ses fonctionnements mentaux (23), comme une « écologie de l'esprit ». Finalement, la Pleine Conscience aide à sortir du « pilote automatique » afin de redevenir plus libre d'agir au lieu de subir. (9) (25)

#### **1.1.4 PLACE DE L'ATTENTION**

Définition : Activité ou état par lesquels un sujet augmente son efficacité à l'égard de certains contenus psychologiques (perceptifs, intellectuels, mnésiques, etc.), le plus souvent en sélectionnant certaines parties ou certains aspects et en inhibant ou négligeant les autres. *Dictionnaire Larousse*

##### Actions de la Pleine Conscience :

Une étude par imagerie par résonance magnétique fonctionnelle a permis de mettre en évidence que la pratique quotidienne de la Pleine Conscience semble modifier les processus neuronaux dans les trois réseaux d'attention et le cortex insulaire, ce qui se traduit par une amélioration de l'attention générale et intéroceptive. (9)

Des recherches démontrent en effet que l'entraînement à la "Pleine Conscience améliore différents aspects du système attentionnel : (24)

- ❖ **L'orientation** : *la capacité de diriger l'attention vers un stimulus et de maintenir l'attention*
- ❖ **La surveillance des conflits** : *l'allocation de l'attention aux tâches prioritaires lorsqu'il y a plusieurs tâches ou flexibilité attentionnelle*
- ❖ **L'alerte** : *la capacité à rester vigilant à différents stimuli potentiels*
- ❖ **L'attention soutenue** : *stabilité attentionnelle*

Finalement, la littérature suggère que les sujets obèses présentant une hyperphagie boulimique ont davantage de psychopathologie en particulier des troubles affectifs et dysthymiques, un score plus élevé d'impulsivité, plus d'insatisfaction corporelle, de préoccupations autour du poids, d'alimentation émotionnelle et moins de self-contrôle. Or la capacité d'attention en dehors de celle allouée aux stimuli alimentaires mériterait d'être explorée. Il nous a donc semblé pertinent d'évaluer l'attention aux activités quotidiennes, à travers le prisme de la Pleine Conscience, plus précisément ici l'inattention perçue (Pilote automatique versus Pleine Conscience de l'instant) chez les adultes obèses présentant une hyperphagie boulimique afin de voir si celle-ci est impactée et de pouvoir enrichir les caractéristiques qui leur sont propres au sein de cette pathologie qu'est l'obésité.

De plus, de telles données sur les capacités attentionnelles de ces sujets permettraient de renforcer l'intérêt de pouvoir leur proposer une approche basée sur la Pleine Conscience, ou plus largement toute thérapie émotionnelle agissant sur l'attention, au sein de leur prise en charge spécifique et pluridisciplinaire et ainsi de pouvoir les accompagner à devenir acteur de leur processus de guérison. (26)

## **1.2 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

### Objectif principal et critère de jugement principal :

Comparer l'inattention perçue entre le groupe TCA (Trouble du Comportement Alimentaire) et le groupe non TCA par la mesure du score MAAS (Mindful Attention Awareness Scale).

### Objectifs secondaires et critères de jugement secondaires :

1. Comparer les caractéristiques cliniques des deux groupes
2. Comparer le diagnostic d'hyperphagie boulimique fait lors de l'évaluation médicale par l'inscription à l'atelier TACA au diagnostic par auto-questionnaire rempli par le patient

## **2. MÉTHODE**

### **2.1 TYPE D'ÉTUDE**

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle descriptive et comparative monocentrique réalisée par l'administration de questionnaires en face à face complétée par des entretiens semi-directifs.

### **2.2 SCHÉMA D'ÉTUDE**

L'étude a été réalisée sur les patients hospitalisés à la Clinique du Château de Vernhes (Bondigoux 31340) sur la durée de l'étude, c'est-à-dire 2 mois. Lors de la première visite du médecin, le patient a reçu le questionnaire et l'exemplaire de la fiche d'informations. Après un délai de réflexion concernant la non-opposition à la participation à cette étude et après avoir pris connaissance de l'ensemble des informations, si le patient souhaitait y participer, il a été invité à répondre au questionnaire. Lors de la seconde visite du médecin, le lendemain, il a alors été invité à participer à l'entretien semi-directif en suivant la grille d'entretien afin de pouvoir l'inclure dans l'étude. Les âges <18 ans et IMC<30 n'ont pas été inclus dans l'étude. Les questionnaires incomplets ont fait l'objet d'une exclusion secondaire de l'étude. Les sujets ont ensuite été répartis en deux groupes : TCA / NON TCA, selon le diagnostic d'hyperphagie boulimique réalisé par auto-évaluation, afin d'en extraire les données recueillies par le questionnaire et l'entretien semi-directif. La durée de participation à l'étude était de 15 minutes.

### **2.3 CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE ET DE LA GRILLE D'ENTRETIEN (ANNEXE 1 ET 2)**

#### **2.3.1 DIAGNOSTIC DE L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE**

Nous avons créé l'auto-questionnaire à partir des critères DSM-V, en intégrant une échelle d'intensité des troubles. Celui-ci a été étudié en comparaison au diagnostic de l'hyperphagie boulimique fait lors de l'évaluation médicale à l'entrée du patient, par inscription à l'atelier TACA de la clinique (Atelier d'éducation thérapeutique).

### **2.3.2 LE SCORE MAAS (Mindful Attention Awareness Scale)**

Ce score élaboré en 2003 par Brown and Ryan, a été ensuite adapté et validé en français, par le psychologue Joël Billieux et ses collègues de l'Université de Genève. Il a été choisi pour sa fiabilité, sa stabilité et sa bonne consistance interne (0,84), il est unidimensionnel et s'intéresse à un facteur, l'attention aux activités quotidiennes qui est un élément central de la méditation de Pleine Conscience. Il est adapté aux personnes méditantes ou non méditantes. Il présente 15 items sur une échelle de likert de 6 points et le total obtenu s'étend de 15 et 90. Un score MAAS bas signifie davantage d'inattention perçue. Nous avons souhaité avoir une idée du score moyen dans une population adulte, l'étude *Mindful Attention Awareness Scale (MAAS): Psychometric Properties of the French Translation and Exploration of Its Relations With Emotion Regulation Strategies* retrouve un MAAS à 63,96 dans une population n=190 âgée de 18-34 ans (27).

### **2.3.3 COMORBIDITÉS SOMATIQUES**

L'obésité étant responsable de nombreuses pathologies somatiques, nous avons choisi de recueillir les données cliniques concernant : le diabète traité, l'HTA (Hypertension Artérielle) traitée, le SAOS (Syndrome d'Apnée Obstructif du Sommeil) appareillé, les antécédents cardio-vasculaires : revascularisation artérielle coronarienne ou périphérique, IDM (Infarctus Du Myocarde), AVC (Accident Vasculaire Cérébral), AOMI (Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs) et les antécédents orthopédiques : prothèse de hanche/genou totale ou partielle ou indication chirurgicale avérée, hernie discale opérée.

### **2.3.4 COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES**

La HAS (Haute Autorité de Santé) soutient que l'hyperphagie boulimique est fréquemment associée à des troubles psychiatriques, tels que la dépression, les troubles anxieux, les troubles addictifs et les troubles de la personnalité type border-line (2). On retrouve également davantage de stress post-traumatique dans cette population. L'hyperphagie boulimique est aussi rapportée comme étant une comorbidité du TDAH (Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité).

Nous avons donc recueilli les données concernant les comorbidités psychiatriques (prévalence estimée entre 30 et 70%) (28) des sujets obèses inclus dans l'étude, notamment par la consommation de psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs et neuroleptiques) et par le nombre d'addictions rapporté par le patient. En effet, les mécanismes sont proches de ceux de l'addiction, on parle de "craving" notamment envers les produits sucrés. Certains auteurs parlent également de "*frénésie alimentaire*", de "*drogue*", "*d'obsession*", de "*trouble obsessionnel compulsif alimentaire*" (29) comme une *jouissance immédiate, éphémère, toxicomaniaque et donc sans fin* (« *faim* »). (1) (30)

## 2.4 POPULATION

- Critères d'inclusion :
  - Adulte atteint d'obésité hospitalisé à la clinique du château de Vernhes
- Critères de non-inclusion :
  - Âge <18 ans
  - IMC <30
- Critères d'exclusion secondaire :
  - Questionnaires incomplets

### Gestion des questionnaires incomplets :

Lorsqu'une réponse était manquante sur le questionnaire du score MAAS, il a été décidé de donner le score de 3 pour le groupe NON TCA et le score 4 pour le groupe TCA afin de limiter le biais de classement. Lorsque qu'il a eu plus d'une réponse manquante, ils ont été exclus de l'étude. Ce choix a été fait car le score MAAS contient un item pour lequel certains sujets ne pouvaient pas répondre. *Item N°12 " Il m'arrive de conduire l'auto et d'être surpris de me retrouver à un certain endroit. "*

## 2.5 ANALYSE STATISTIQUE

Une analyse descriptive des variables, variables catégorielles décrites en pourcentage et effectifs, variables continues en moyenne et écart type si normale, médiane et écart interquartile si non normale a été réalisée. Une analyse bivariée par tests du Chi2 pour évaluer l'association des variables explicatives avec le critère de jugement principal. La distribution normale des variables continues a été analysée par un test de Shapiro-Wilk. Les variables discrètes ont été comparées par un test Chi-2 ou un test exact de Fisher en fonction des effectifs. Le risque alpha a été fixé à 5% et des tests bilatéraux ont été réalisés. L'analyse statistique a été réalisée sur Easy MedStat.

## 2.6 DÉMARCHES ÉTHIQUES

Cette étude (Acronyme INA-TCA) a fait l'objet d'une déclaration à l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) sous le numéro d'enregistrement (ID-RCB) : 2022-A 02162-41, d'une déclaration et d'un enregistrement à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). L'avis du CPP (Comité de Protection des Personnes) Sud Méditerranée a été favorable en date du 11 Janvier 2023.

## 3. RÉSULTATS

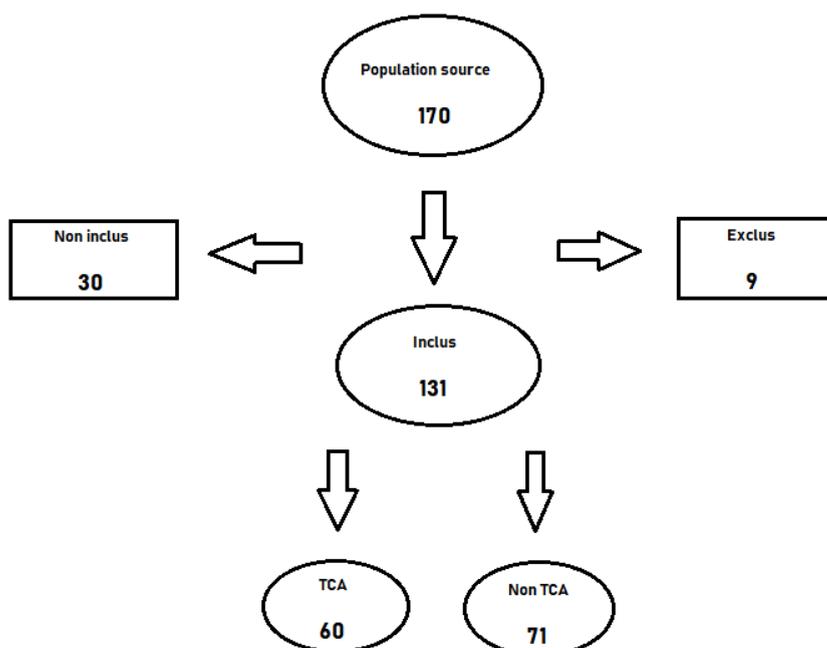


Figure N°1 : Diagramme de flux

	Population totale (n=131)	Non TCA (n=71)	TCA (n=60)	P TCA vs Non TCA
<b>Sexe n (%)</b>				
Masculin	39 (29,8)	27 (38)	12 (20)	0,042
Féminin	92 (70,2)	44 (62)	48 (80)	
<b>Age (ans)</b>				
Moyenne	57,5	60,2	54,3	0,012
et	14,2	13,5	14,4	
Médiane	60	65	56	
<b>IMC n</b>				
30-35	30	16	14	0,72
35-40	36	19	17	
>40	45	27	18	
>50	20	9	11	
<b>Psychotropes n</b>				
0	62	40	22	0,15
1-2	47	21	26	
3-4	16	7	9	
>4	6	3	3	
<b>Addiction n</b>				
0	60	39	21	0,11
1-2	54	24	30	
3-4	14	7	7	
>4	3	1	2	
<b>Diabète traité n (%)</b>	34 (26)	24 (33,8)	10 (16,7)	0,042
<b>HTA traitée n (%)</b>	74 (56,5)	46 (64,8)	28 (46,7)	0,056
<b>SAOS appareillé n (%)</b>	59 (45)	36 (50,7)	23 (38,3)	0,21

<b>Antécédents Cardiovasculaires n (%)</b>	15 (11,5)	13 (18,3)	2 (3,3)	0,011
<b>Antécédents Orthopédiques n (%)</b>	22 (16,8)	15 (21,1)	7 (11,7)	0,23
<b>Score MAAS</b>				
Moy	60,9	67,8	52,7	<0,001
ET	14,4	12,8	11,6	
Médiane	63	72	53	
Min-Max	25-90	26-90	25-77	
<b>Intensité TCA</b>				
1 à 3 fois par semaine			31	
4 à 7 fois par semaine	NA	NA	21	
8 à 13 fois par semaine			4	
> 14 fois par semaine			4	
<b>Ateliers TCA</b>				
Oui	NA	NA	25	
Non			35	

Tableau n°1 : Description de la population et comparaison des groupes TCA / non TCA

Intensité	1 à 3 FOIS N = 31	4-7 FOIS N = 21	> 8 FOIS N = 8	p
<b>Age</b>	55.13 (± 15.01) 95% CI: [49.62 ; 60.64] Range: (19.0 ; 81.0) N = 31	53.0 (± 14.4) 95% CI: [46.45 ; 59.55] Range: (30.0 ; 78.0) N = 21	54.62 (± 13.36) 95% CI: [43.45 ; 65.8] Range: (29.0 ; 72.0) N = 8	0.874
<b>Tranche âge</b>				0.868
18-25	1 (3.23%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
25-45	8 (25.81%)	7 (33.33%)	1 (12.5%)	
45-65	12 (38.71%)	8 (38.1%)	5 (62.5%)	
>65	10 (32.26%) N = 31	6 (28.57%) N = 21	2 (25.0%) N = 8	
<b>IMC</b>				0.016
30-35	11 (35.48%)	2 (9.52%)	1 (12.5%)	
35-40	11 (35.48%)	3 (14.29%)	3 (37.5%)	
>40	6 (19.35%)	11 (52.38%)	1 (12.5%)	
>50	3 (9.68%) N = 31	5 (23.81%) N = 21	3 (37.5%) N = 8	
<b>Psychotrope</b>				0.423
0	13 (41.94%)	7 (33.33%)	2 (25.0%)	
1-2	14 (45.16%)	10 (47.62%)	2 (25.0%)	
3-4	3 (9.68%)	3 (14.29%)	3 (37.5%)	
>4	1 (3.23%) N = 31	1 (4.76%) N = 21	1 (12.5%) N = 8	
<b>Addiction</b>				0.44
0	13 (41.94%)	7 (33.33%)	1 (12.5%)	
1-2	12 (38.71%)	12 (57.14%)	6 (75.0%)	

3-4	5 (16.13%)	1 (4.76%)	1 (12.5%)	
>4	1 (3.23%) N = 31	1 (4.76%) N = 21	0 (0.0%) N = 8	
<b>DT2 traité</b>				0.634
OUI	4 (12.9%)	5 (23.81%)	1 (12.5%)	
NON	27 (87.1%) N = 31	16 (76.19%) N = 21	7 (87.5%) N = 8	
<b>HTA traitée</b>				0.937
OUI	15 (48.39%)	9 (42.86%)	4 (50.0%)	
NON	16 (51.61%) N = 31	12 (57.14%) N = 21	4 (50.0%) N = 8	
<b>SAOS ap.</b>				0.569
OUI	10 (32.26%)	9 (42.86%)	4 (50.0%)	
NON	21 (67.74%) N = 31	12 (57.14%) N = 21	4 (50.0%) N = 8	
<b>ATCD CV</b>				>0.999
OUI	1 (3.23%)	1 (4.76%)	0 (0.0%)	
NON	30 (96.77%) N = 31	20 (95.24%) N = 21	8 (100.0%) N = 8	
<b>ATCD Ortho</b>				0.863
OUI	3 (9.68%)	3 (14.29%)	1 (12.5%)	
NON	28 (90.32%) N = 31	18 (85.71%) N = 21	7 (87.5%) N = 8	
<b>Score MAAS</b>	53.84 (± 9.46) 95% CI: [50.37 ; 57.31] Range: (40.0 ; 77.0) N = 31	55.43 (± 12.31) 95% CI: [49.83 ; 61.03] Range: (25.0 ; 73.0) N = 21	40.88 (± 11.36) 95% CI: [31.38 ; 50.37] Range: (25.0 ; 56.0) N = 8	0.006
<b>Atelier TACA</b>				0.309
OUI	10 (32.26%)	11 (52.38%)	4 (50.0%)	
NON	21 (67.74%) N = 31	10 (47.62%) N = 21	4 (50.0%) N = 8	

Tableau n°2 : Caractéristiques du groupe TCA selon l'intensité du trouble du comportement alimentaire

## **4. DISCUSSION**

### **4.1 ANALYSE**

#### **4.1.1 LE SCORE MAAS**

L'étude de référence avec un score MAAS de 63,96 (27) est comparable avec le score de notre population totale (60,9). Ce qui va dans le sens d'une bonne fiabilité du score MAAS, malgré une population plus jeune dans l'étude de référence. Le groupe TCA obtient un score MAAS significativement inférieur ( $p < 0,001$ ) avec un écart de moyenne de 15,1, soit davantage d'inattention perçue chez les sujets obèses avec trouble du comportement alimentaire versus non TCA. Soit, au même titre que l'impulsivité, les capacités attentionnelles sont impactées dans les troubles du comportement alimentaire. De plus, il semble exister une corrélation entre l'intensité du trouble, l'IMC et le score MAAS. En effet, plus l'intensité du trouble du comportement alimentaire augmente, plus l'IMC augmente significativement et plus le score MAAS diminue significativement. Ce qui suggère un lien étroit entre les mécanismes de l'attention et les accès hyperphagiques et cette hypothèse va dans le sens des nouvelles recommandations (2023) de l'American Psychiatric Association (APA) donnant notamment l'indication au Lisdexamphétamine dans le cadre de l'hyperphagie boulimique, traitement médicamenteux connu dans le TDAH (Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité).

#### **4.1.2 COMPARAISON DES GROUPES TCA ET NON TCA**

Les femmes sont majoritaires aussi bien dans la population totale (70,2%) que dans le groupe TCA (80%), la différence de prévalence du trouble entre les sexes est effectivement décrite dans la littérature.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette différence est en partie liée à une dysmorphophobie plus présente chez les femmes et un moindre recours aux soins spécialisés de la part des hommes, sans pouvoir le démontrer dans cette étude. Peut-être qu'une meilleure détection en soins primaires permettrait d'observer une réduction de ces différences.

Comme nous pouvions le présumer, l'hyperphagie boulimique touche davantage les sujets jeunes et de façon significative ( $p=0,012$ ) avec un écart de moyenne de 5,9 années. Ce qui renforce l'importance de pouvoir leur proposer une prise en charge rapide (meilleure détection) et adaptée.

L'obésité morbide est largement représentée (49,6%) mais sans différence significative entre les deux groupes. D'après la littérature, l'hyperphagie boulimique serait souvent associée à un IMC > 40, nous aurions donc pu attendre une différence en faveur du groupe TCA. Cela peut s'expliquer par la forte proportion d'obésité morbide au sein de la Clinique spécialisée où s'est déroulée l'étude.

Notre étude retrouve des comorbidités psychiatriques importantes avec un usage de psychotropes (52,6%) et une déclaration du nombre d'addictions (54,2%) qui concernent plus de la moitié de la population totale, comme nous pouvions le présumer d'après la littérature. De plus, sans montrer de différence significative, ces comorbidités sont plus présentes dans le groupe TCA. La prise en charge psychologique pluridisciplinaire intégrant systématiquement la spécialité d'addictologie pourrait alors s'avérer nécessaire.

L'hypertension artérielle est la comorbidité somatique la plus représentée (56,5%), suivie du SAOS (45%). Les événements cardiovasculaires (11,5%) représentent également un pourcentage élevé étant donné le taux attendu de 2 à 4 % pour une population non fumeur non hypertendue et jusqu'à 6% en cas d'hypertension artérielle d'après l'échelle SCORE 2 (31). Notre population totale comprend 26% patients diabétiques traités, la littérature estime qu'un tiers des patients obèses présentent un diabète. Les différences significatives entre les groupes concernant les événements cardiovasculaires et le diabète traité pourraient s'expliquer par une population plus jeune dans le groupe TCA. Il serait donc pertinent d'évaluer le risque cardio-vasculaire chez ces patients à haut risque, en récoltant des données supplémentaires sur le tabagisme, l'hypercholestérolémie et le périmètre ombilical (plutôt que l'IMC).

### **4.1.3 LE DIAGNOSTIC D'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE**

Dans notre étude, le pourcentage de TCA diagnostiqué par auto-questionnaire est de 45,8% et le pourcentage de TCA diagnostiqué par la présence à l'atelier TACA n'est que de 19%, alors que le pourcentage attendu était proche de 30% d'après la littérature. Les sujets pouvaient avoir déjà effectué cet atelier lors d'un précédent séjour, ceci représente une limite de notre étude, cependant, il existe bien une différence par rapport au pourcentage de TCA attendu, nous pouvons donc émettre l'hypothèse d'un sous-diagnostic des sujets obèses présentant une hyperphagie boulimique. Il peut s'expliquer par la difficulté de détection, aussi bien du côté médical, le diagnostic relevant du domaine de la psychiatrie, que du côté patient, par la honte et la culpabilité bien présente dans cette pathologie. L'anonymat de cette étude permet, dans cette logique lui aussi, une meilleure détection par auto-évaluation. C'est pourquoi, l'hypothèse d'obtenir un diagnostic plus fiable à l'aide d'un auto-questionnaire demeure une piste intéressante.

### **4.2 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE**

Cette étude a été réalisée dans un centre reconnu de l'obésité, sur 131 sujets avec des tailles d'échantillon similaires et permet la comparaison de données cliniques pertinentes. Cette étude mesure l'attention aux activités quotidiennes à travers le prisme de la Pleine Conscience (score MAAS), ce qui constitue un travail original à notre connaissance. Elle a la spécificité d'utiliser un auto-questionnaire basé sur les critères DSM-V.

Parmi les limites de cette étude, nous pouvons discuter un biais de déclaration, en effet les sujets ont auto-évalué leurs addictions. Cependant les auto-questionnaires permettant d'évaluer les PRO (Patient Reported Outcomes) sont de plus en plus recommandés en psychiatrie. Par ailleurs, notre auto-questionnaire n'a pas de validation extrinsèque, il a été cependant réalisé à partir des critères DSM-V. Enfin, concernant le critère secondaire du diagnostic médical pour l'hyperphagie boulimique, les personnes pouvaient avoir déjà effectué l'atelier TACA lors d'un précédent séjour (initiation lors du premier séjour puis souvent suivi en individuel), il s'agit d'un biais de sous-estimation du diagnostic médical de TCA.

### 4.3 PERSPECTIVES

- Une mise en application clinique de la mesure de l'attention par le score MAAS et de l'intensité des troubles du comportement alimentaire avant et après intervention basée sur la Pleine Conscience (type MBCT *Mindfulness based cognitive therapy*).
- Une évaluation de la pertinence clinique d'un auto-questionnaire de dépistage de l'hyperphagie boulimique en soins premiers.
- Une évaluation psychiatrique et psychologique précise chez les patients présentant une hyperphagie boulimique et de leurs comorbidités, afin d'établir quelle thérapie est la plus adaptée à chaque individu.
- Une évaluation de l'impact de différentes thérapies cognitivo-comportementales en fonction de sous-groupes de profils psychopathologiques au sein de l'hyperphagie boulimique.

### 5. CONCLUSION

L'étude INA-TCA a retrouvé une différence significative d'inattention perçue mesurée par le score MAAS (Mindful Attention Awareness Scale) chez les adultes atteints d'obésité présentant une hyperphagie boulimique en comparaison aux adultes atteints d'obésité sans trouble du comportement alimentaire. Ceci pourrait renforcer l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire incluant notamment une pratique basée sur la Pleine Conscience, au sein des thérapies cognitivo-comportementales de 3ème vague, afin de cultiver ce processus d'attention.

Vu et permis d'imprimer

le 2 mai 2023

Vu, le 24.09.2023  
Le Président du Jury

Professeur  
Chef de Service - Diabétologie  
Maladies Métaboliques et Nutrition

RPPS : 10002867173

1. Appart A, Tondeurs D, Reynaert C. La prise en charge du patient obèse : aspects psychologiques. Louvain Méd 2007;126:153-9.

2. Estelle L. Haute Autorité de santé. Boulimie et hyperphagie boulimique Repérage et éléments généraux de prise en charge Méthode Recommandations pour la pratique clinique 2019;88.

3. Ruffault PA. Alexis Ruffault. Le rôle de la pleine conscience dans l'accompagnement de patients obèses : Quand, pourquoi et comment intervenir ? Psychologie. Université Paris Descartes (Paris 5), 2017. :385.

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation,  
La Doyenne-Directrice  
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical  
Professeure Odile RAUZY

4. Julien Sweerts S, Apfeldorfer G, Kureta-Vanoli K, Romo L. Julien Sweerts, S. Apfeldorfer, G. Kureta-Vanoli, K. Romo, L. Emotional therapies for overweight or obesity. *L'encéphale* 2019 Jun 45(3):263-270.
5. Desharnais-Dion S, Cloutier C, Côté M, Bégin C. L'alimentation en pleine conscience pour le traitement du trouble d'accès hyperphagique. *Nutr Sci En Évolution Rev Ordre Prof Diététistes Qué.* 2021;19(2):44.
6. Diamond A. Executive Functions. *Annu Rev Psychol.* 3 janv 2013;64(1):135-68.
7. Mobbs O. Mobbs O, Martial Van Der Linden, Alain Golay. L'impulsivité : un des facteurs responsables de l'obésité ? *Revue Médicale Suisse* (2007), vol. 3, n°105, pp. 850-853.
8. Whiteside SP, Lynam DR. The five factor model and impulsivity : Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Pers Individ Differ* 2001;30:669-89.
9. Apfeldorfer, G., & Zermati, JP. Traitement de la restriction cognitive, est-ce simple ? *Obésité*, 4 (2), 91-96.(2009)
10. Rondeau C. Approche psychologique du patient obèse et arthrosique. *Prat En Nutr.* mars 2020;16(61):38-41.
11. Fischler C. Place de la méditation de pleine conscience dans la prise en charge des sujets obèses. 2018;10.
12. Volery M, Bonnemain A, Latino A, Ourrad N, Perroud A. Prise en charge psychologique de l'obésité : au-delà de la thérapie cognitivo-comportementale. *Rev Médicale Suisse.* 2015;5.
13. Kabat-Zinn, J. Interventions basées sur la pleine conscience en contexte : passé, présent et futur. *Psychologie clinique : science et pratique*, 10 (2), 144-156. (2003)
14. Katterman SN, Kleinman BM, Hood MM, Nackers LM, Corsica JA. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eat Behav.* 2014 Apr;15(2):197-204.
15. O'Reilly GA, Cook L, Spruijt-Metz D, Black DS. Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review: Mindfulness interventions for eating behaviours. *Obes Rev.* juin 2014;15(6):453-61.
16. Warren JM, Smith N, Ashwell M, Janet M. W, N Smith and M Aschwell. A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition Research Reviews* 2017 Dec, 30, 272–283.
17. Lienard Y. Place de la pleine conscience dans le traitement des troubles du comportement alimentaire et de l'obésité : mise au point. *Cah Nutr Diététique.* août 2018;53(4):198-208.
18. Ruffault A, Czernichow S, Lurbe i Puerto K, Fournier JF, Carette C, Flahault C. Intervention basée sur la pleine conscience auprès de patients souffrant d'obésité et de trouble de binge eating : résultats préliminaires de l'essai contrôlé randomisé MindOb. *J Thérapie Comport Cogn.* mars 2019;29(1):4-24.
19. Carrière K, Khoury B, Günak MM, Knäuper B. Mindfulness-based interventions for weight loss: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2018 Feb;19(2):164–77.
20. Benveniste D. Apport de la Pleine Conscience dans la rééducation du comportement alimentaire des patients souffrant d'obésité. *Médecine Mal Métaboliques.* déc 2021;15(8):763-8.

21. Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS ONE*. 2014;9(4):e96110.
22. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry*. 2016 Jun 1;73(6):565–74.
23. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(2):275-87.
24. Ngô TL, Ngô, Thanh-Lan. Review of the effects of mindfulness meditation on mental and physical health and its mechanisms of action. *Santé mentale au Québec*, 2013 38(2), 19–34.
25. Christophe André. La méditation de pleine conscience. *Cerveau&Psycho* - n° 41 septembre - octobre 2010.
26. Georget-Tessier DD. Le développement de la méditation en médecine. :15.
27. Jermann F, Billieux J, Larøi F, d'Argembeau A, Bondolfi G, Zermatten A, et al. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS): Psychometric properties of the French translation and exploration of its relations with emotion regulation strategies. *Psychol Assess*. 2009;21(4):506-14.
28. Avila, C. et al. An Overview of Links Between Obesity and Mental Health. *Curr Obes Rep* 4, 303–310 (2015).
29. Arias Horcajadas F, Sánchez Romero S, Gorgojo Martínez JJ, Almódovar Ruiz F, Fernández Rojo S, Llorente Martin F. Clinical differences between morbid obese patients with and without binge eating . *Actas Esp Psiquiatr*. 2006 Nov-Dec;34(6):362-70.
30. Ravi P, Khan S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Association With Obesity and Eating Disorders. *Cureus* 12(12) (December 14, 2020)
31. Guy De Backer, Fabian Demeure, Olivier Descamps, Dirk De Bacquer. SCORE 2 : la nouvelle table pour évaluer le risque de maladie cardiovasculaire. *Louvain médical, cardiologie* ; octobre 2022

## THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE : INA-TCA

### Questionnaire

1. Quel âge avez-vous ?

- 18-25
- 25-45
- 45-65
- +65

2. Quel est votre sexe ?

- Homme
- Femme

3. Vous arrive-t'il d'avoir des compulsions ? C'est-à-dire d'absorber en peu de temps une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens mangerait dans une période de temps similaire, avec un sentiment de perte de contrôle.

Avec au moins 3 des caractéristiques suivantes :

- Manger plus vite que d'habitude
- Manger jusqu'à se sentir inconfortable
- Manger de grandes quantités sans ressentir la faim
- Manger seul parce que l'on se sent gêné
- Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou coupable

- Oui
- Non

Si oui, cela survient à quelle fréquence ?

- 1 à 3 fois par semaine
- 4 à 7 fois par semaine
- 8 à 13 fois par semaine
- + de 14 fois par semaine

4. Avez-vous des addictions ? Tabac, alcool, cannabis, autres drogues, médicaments, sexuel, jeux, écran, achats, activité physique etc..

- 0
- 1-2
- 3-4
- +4



Il m'arrive de conduire l'auto et d'être surpris de me retrouver à un certain endroit.	1	2	3	4	5	6
Je suis préoccupé(e) par mon passé ou mon futur.	1	2	3	4	5	6
Je fais des choses sans y prêter attention.	1	2	3	4	5	6
Je grignote sans me rendre compte que je mange.	1	2	3	4	5	6
<i>Echelle MAAS (The Mindful Attention Awareness Scale)</i>						

## Grille d'entretien

Questions	Réponses
1. Quel âge avez-vous ?	
2. Quels sont votre poids et votre taille ?	
3. Avez-vous un ou des traitements contre l'anxiété, la dépression, les insomnies ? Si oui, combien ?	
4. Avez-vous un ou des traitements contre le diabète ?	
5. Avez-vous un ou des traitements contre l'hypertension artérielle ?	
6. Avez-vous un appareil la nuit pour l'apnée du sommeil ?	
7. Avez-vous eu un infarctus, un accident vasculaire cérébral, une revascularisation artérielle ?	
8. Avez-vous eu une ou des prothèses de hanche/genou, une opération de hernie discale ?	

AUTEUR : SABATIER Marion

TITRE : L'inattention perçue chez les adultes obèses présentant un trouble du comportement alimentaire de type hyperphagie boulimique

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr LAI-KUEN Valérie

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Le 22 mai 2023 salle du conseil des allées Jules Guesde Toulouse

---

Résumé :

L'étude INA-TCA compare l'inattention perçue chez des adultes atteints d'obésité entre un groupe TCA (Trouble du comportement alimentaire) de type hyperphagie boulimique et un groupe non TCA par la mesure du score MAAS (Mindful Attention Awareness Scale). Il s'agit d'une étude prospective observationnelle descriptive et comparative monocentrique réalisée par l'administration de questionnaires en face à face complétée par des entretiens semi-directifs. Le groupe TCA obtient un score MAAS significativement inférieur ( $p < 0,001$ ) soit davantage d'inattention perçue. Cette étude renforce l'intérêt d'une prise en charge psychologique agissant sur l'attention, probablement centrale dans la survenue des accès hyperphagiques, telles que les thérapies basées sur la Pleine Conscience, au sein des thérapies cognitivo-comportementales de 3ème vague.

---

Title: Perceived inattention in obese adults with binge eating disorder

Abstract:

The INA-TCA study compares perceived inattention in adults with obesity between a binge eating disorder (BED) group and a non-BED group using the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) score. This is a prospective observational descriptive and comparative monocentric study conducted through face-to-face questionnaires completed by semi-structured interviews. The BED group obtains a significantly lower MAAS score ( $p < 0.001$ ), indicating higher perceived inattention. This study reinforces the importance of psychological treatment that addresses attention, which is likely central to the onset of hyperphagic episodes, such as Mindfulness-based therapies, within third-wave cognitive-behavioral therapies.

---

**Mots-Clés** : Obesity - Binge eating disorder - Mindfulness-based therapies - MAAS score - Attention

---

**Discipline administrative** : MEDECINE GENERALE

---

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France