SYNTHÈSE · ÉTUDE PUBLIÉE EN 2026

Phénotype du comportement alimentaire dans le trouble du neurodéveloppement lié au gène *MYT1L*

Cette étude multicentrique décrit en détail les **comportements alimentaires** de 21 personnes (14 enfants et 7 adultes, de 6 à 37 ans) ayant un trouble du neurodéveloppement (TND) lié au gène *MYT1L* et un surpoids, une obésité ou des perturbations du comportement alimentaire. Elle met en évidence des particularités dont l'intensité et les conséquences varient d'une personne à l'autre.

À lire avant de commencer

La publication originale est en anglais. Ce document n'en est pas une traduction mais une synthèse en français proposée par l'association, meilleur compromis entre fidélité aux données et lisibilité. Pour tous les détails, reportez-vous à la publication d'origine. Les résultats décrivent un groupe de participants, pas une personne en particulier : pour la situation de votre proche, l'équipe qui l'accompagne reste l'interlocuteur à privilégier. Cette synthèse est rédigée par l'association Les Extra-Vaillants MYT1L. Seule la publication de référence fait foi.

Sommaire

1. Contexte et objectifs
2. Participants
3. Méthode
4. Résultats, outil par outil
5. Croisement des résultats
6. Intérêt et limites de l'étude
7. Pistes pour la pratique clinique
8. Quelles suites donner à cette étude ?
9. Pour les familles : questions et ressources
10. Source et mentions
11. Lexique

Référence de l'étude

Coursimault et al., Orphanet Journal of Rare Diseases, 2026. ***Eating behaviour phenotype in the MYT1L-related neurodevelopmental disorder: a deep phenotyping study using standardized questionnaires.***

Travail effectué par le Dr Coursimault (service de génétique, CHU de Rouen), le Pr Poitou et le Pr Dubern (centre de référence PRADORT, respectivement hôpital de la Pitié-Salpêtrière et hôpital Trousseau, AP-HP). Collaboration avec des services hospitaliers et des équipes de recherche en France, en Belgique et au Luxembourg.

Lire l'article original (en anglais, accès libre) · Télécharger l'article en PDF

1. Contexte et objectifs

Le trouble du neurodéveloppement lié au gène *MYT1L* (également appelé syndrome MYT1L) est une maladie génétique rare, décrite récemment. Il est dû à la perte de fonction d'une des deux copies du gène *MYT1L*, situé sur le chromosome 2 (région 2p25.3). Cette perte de fonction peut résulter :

- d'un **variant** (variation ponctuelle) du gène, tronquant ou faux-sens ;
- d'une **délétion** de la région 2p25.3 emportant tout ou une partie du gène ;
- d'une **duplication intragénique**, c'est-à-dire dont les points de cassure se situent à l'intérieur du gène. Selon le PNDS, les autres duplications, qui conservent une copie complète du gène, n'entraînent pas ce mécanisme.

Les manifestations varient d'une personne à l'autre, dans leur nature comme dans leur intensité. L'article et le PNDS mentionnent notamment les manifestations suivantes, qui ne sont pas toutes présentes chez chaque personne :

- un retard du développement moteur et du langage, et une hypotonie (tonus musculaire faible) ;
- une déficience intellectuelle et/ou des troubles des apprentissages, d'intensité variable ;
- des troubles du comportement : intolérance à la frustration, anxiété, agressivité, troubles du spectre de l'autisme ;
- une épilepsie ;
- des particularités morphologiques (dysmorphie faciale) ;
- une obésité d'apparition précoce, fréquente.

L'étude centrale de 2022 (Coursimault et al., Hum Genet. 2022), décrivant une nouvelle cohorte associée à une revue de la littérature, rapportait une obésité chez environ 60 % des personnes et des perturbations du comportement alimentaire chez environ 45 %, avec un âge médian de début de la prise de poids d'environ 3 ans. Ces perturbations n'avaient cependant jamais fait l'objet d'une caractérisation spécifique.

> **Objectifs de l'étude**
> - **décrire le phénotype du comportement alimentaire ;**
> - **le comparer à d'autres obésités génétiques rares ;**
> - **en tirer des pistes pour le diagnostic et l'accompagnement.**

2. Participants

Effectif	21 personnes avec un diagnostic génétique confirmé ; 10 nouvelles, 11 déjà décrites en 2022
Sexe	12 de sexe féminin, 9 de sexe masculin
Âge	14 de moins de 18 ans, 7 adultes ; de 6 à 37 ans (âge médian : 10 ans)
Poids	Sur 20 personnes : 14 avec obésité, 3 avec surpoids, 3 de poids normal. Début de la prise de poids rapide (ou de l'inquiétude des parents) vers 3 ans en moyenne
Génétique	16 variations perte de fonction (14 tronquantes, 2 délétions emportant le gène) et 5 variations faux-sens, toutes situées dans les domaines en doigts de zinc ; *de novo* chez 20 personnes sur 21, origine inconnue pour 1
Critères d'inclusion	personnes francophones avec un diagnostic moléculaire confirmé, présentant un surpoids ou une obésité, ou des perturbations du comportement alimentaire rapportées cliniquement
Perturbations alimentaires comportementales signalées	16 personnes sur 21 selon leurs parents, dont 12 avec un surpoids ou une obésité

L'article ne détaille pas la répartition filles / garçons au sein des enfants et des adultes.

3. Méthode

Des **questionnaires standardisés**, utilisés en recherche et recommandés dans le protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) dédié aux obésités de causes rares, ont été complétés par les familles ou par le médecin référent, dans le cadre du suivi habituel. Chaque outil explore une dimension différente du comportement alimentaire.

Outil	Ce qu'il mesure	Complété pour
Questionnaire d'hyperphagie de Dykens	pensées centrées sur la nourriture, recherche de nourriture, sévérité	21 personnes
Échelle visuelle analogique (EVA) de la faim	la faim sur les dernières 24 heures	19 personnes
CEBQ	attrait pour la nourriture, satiété, vitesse des repas, sélectivité, émotions	21 personnes
Questionnaire d'impulsivité de Trousseau	impulsivité alimentaire	18 personnes
FCQ-T-r (chez l'adulte)	envies alimentaires (craving) et addiction alimentaire	8 personnes (7 adultes, 1 adolescent)
PAR-DD-QoL	qualité de vie des parents liée au comportement alimentaire	20 parents

Les questionnaires ne sont pas la seule source. L'étude s'appuie aussi sur des données cliniques et génétiques issues du suivi médical : diagnostic moléculaire, statut pondéral (indice de masse corporelle selon les normes de l'OMS), âge de début de la prise de poids (rapporté par les parents ou recueilli en entretien par le médecin référent), suivi spécialisé, traitements en cours, évaluation endocrinienne. Trois questionnaires complémentaires ont exploré la situation sociale (EPICES), l'anxiété et la dépression chez l'adulte (HADS) et l'activité physique (RPAQ).

Les scores ont été comparés, lorsque c'était possible, aux données publiées pour des groupes témoins (enfants, étudiants) et pour d'autres obésités génétiques rares.

4. Résultats, outil par outil

Chaque fiche présente un outil : ce qu'il explore, ce qu'il faut en retenir, puis les chiffres clés.

L'hyperphagie · questionnaire de Dykens

21 personnes

Ce que l'outil explore : l'hyperphagie : pensées centrées sur la nourriture, recherche de nourriture, sévérité (score de 11 à 55). Un score ≥ 19 est retenu en France comme seuil d'hyperphagie marquée (consensus d'experts du PNDS Prader-Willi), sans validation formelle comme seuil universel.

En clair : chez la majorité, une hyperphagie modérée mais persistante, qui est moins intense que dans les déficits en MC4R ou en LEPR, et semble également moins intense que dans le syndrome de Prader-Willi ou le syndrome de Bardet-Biedl.

- **16 sur 21 (76 %)** atteignent ou dépassent 19 ; score moyen **25,9** (médiane 27 ; de 12 à 41).
- Premiers signes d'intérêt pour la nourriture apparus en moyenne à 3 ans et demi (de 0 à 7 ans) ; préoccupation alimentaire décrite comme stable dans le temps dans 63 % des cas.

Score moyen de Dykens (données publiées)	
Déficit en LEPR (biallélique) · déficit en MC4R (monoallélique)	32 · 31,4
Syndrome de Prader-Willi (2 études)	30,5 et 29,3
Syndrome de Bardet-Biedl	27,6
TND lié au gène *MYT1L*	**25,9**
Délétion 16p11.2	21,4

La faim · échelle visuelle analogique (EVA)

19 personnes

Ce que l'outil explore : la faim ressentie sur les dernières 24 heures, de 0 (pas faim) à 10 (extrêmement faim), rapportée avec l'aide des proches si besoin, sur 4 critères (faim moyenne, faim au réveil, faim au plus fort et faim au plus bas).

En clair : la faim est présente tout au long de la journée, dès le réveil, y compris à son niveau le plus bas.

- Moyennes sur 10 sur les dernières 24 h : **5,1** (faim moyenne), **5,3** (au réveil), **5,7** (au plus fort), **2,5** (au plus bas).

Le rapport à la nourriture · CEBQ

21 personnes

Ce que l'outil explore : huit dimensions du comportement alimentaire (score de 1 à 5), et compare les résultats aux données publiées d'enfants non atteints de maladies rares de 4 pays (Royaume-Uni, Espagne, Suisse, Portugal). Outil validé chez l'enfant, utilisé ici aussi chez l'adulte.

En clair : attrait pour la nourriture plus élevé, réponse à la satiété plus faible, repas plus rapides et faible sélectivité alimentaire.

Plus élevé que chez les témoins	Plus bas que chez les témoins
• Plaisir de manger (4,5 sur 5) • Réactivité à la nourriture : envie de manger à la vue ou à l'odeur d'un aliment (3,7) • Hyperphagie émotionnelle : manger davantage sous l'effet des émotions (2,7)	• Réponse à la satiété (2,1) • Lenteur à manger (1,7) • Sélectivité alimentaire (2,1) • Hypophagie émotionnelle : manger moins sous l'effet des émotions (1,8)

Différences significatives après correction pour comparaisons multiples ; le désir de boire ne diffère pas.

L'impulsivité · questionnaire de Trousseau

18 personnes

Ce que l'outil explore : l'impulsivité alimentaire (outil interne de l'hôpital Trousseau ; seuil ≥ 7 exploratoire, non validé dans ce trouble). 18 patients évalués, dont 14 enfants.

En clair : l'impulsivité alimentaire est peu fréquente, et aucune corrélation n'a été retrouvée avec l'intensité de l'hyperphagie.

- **5 sur 18 (28 %)** au-dessus du seuil d'impulsivité, tous des enfants (5 sur 14, soit 36 %).
- Questions complémentaires complétées par les familles : difficulté d'adaptation aux imprévus (retrouvée chez 78 %), préoccupation alimentaire en dehors des repas (retrouvée chez 44 %), aucune recherche de nourriture la nuit chez les 18 patients.

Les envies alimentaires · FCQ-T-r

8 personnes

Ce que l'outil explore : les envies alimentaires irrépressibles (craving), score de 15 à 90 ; un score ≥ 50 est évocateur d'« addiction alimentaire ». Complété par 7 adultes et 1 adolescent de 17 ans, avec l'aide des proches.

En clair : chez la majorité des personnes évaluées (7 adultes, 1 adolescent), les envies alimentaires sont fortes.

- **5 sur 8 (62,5 %)** ont un score ≥ 50 : un score évocateur, et non un diagnostic.
- Score moyen **52,9**, significativement plus élevé que chez des étudiants allemands (38,5) et iraniens (37,6 à 38,4) non atteints.

La qualité de vie des parents · PAR-DD-QoL

20 parents

Ce que l'outil explore : le retentissement du comportement alimentaire sur la qualité de vie des parents (questionnaire centré, pour l'étude, sur le comportement alimentaire).

En clair : le comportement alimentaire pèse nettement sur la qualité de vie des familles.

- Dégradation sévère ou extrême : **37 %** ; légère à modérée : **63 %**.
- Score médian de 42, proche de ceux rapportés chez des parents d'enfants avec un trouble du spectre de l'autisme (46,7) ou une maladie chronique sévère (44,7).

Données cliniques et complémentaires Effectifs variables

Ce que l'outil explore : éléments issus du suivi médical et de questionnaires complémentaires.

En clair : des difficultés oro-motrices (repas très rapides, mastication) sont fréquentes.

- **Plus de 2 sur 3** : tachyphagie, difficultés de mastication ou déglutition de gros morceaux.
- **La moitié** : recherche active de nourriture (prise de nourriture à l'insu des proches, persévération pour en obtenir).
- Pas de différence significative selon le type de variation (perte de fonction ou faux-sens), ni entre personnes traitées et non traitées (11 participants traités, dont 10 par un médicament pouvant modifier l'appétit ou le poids) : effectifs trop faibles pour conclure.
- Pas d'anomalie endocrinienne marquante.
- Activité physique (14 enfants, 6 adultes) : activité légère plus importante chez les enfants (71 min/jour contre 20 chez les adultes) ; activité modérée comparable, surtout la marche ; activité intense et entraînement encadré rares.
- Contexte : 28,5 % des familles en situation de précarité (score EPICES > 30) ; chez les adultes, pas de score pathologique d'anxiété ou de dépression (4 cas limites).

5. Croisement des résultats

Pris isolément, chaque outil n'éclaire qu'une dimension. Leur croisement permet une description d'ensemble :

Dimension	Outils	Ce qui ressort
Faim	EVA	Présente tout au long de la journée, dès le réveil
Satiété	CEBQ	Réponse à la satiété plus faible que chez les témoins
Préoccupation pour la nourriture	Dykens, CEBQ	Marquée chez la majorité, le plus souvent stable dans le temps (63 %) ; plaisir de manger élevé ; faible sélectivité

Dimension	Outils	Ce qui ressort
Façon de manger	CEBQ, données cliniques	Repas rapides ; difficultés de mastication fréquentes
Impulsivité	Trousseau	Peu fréquente (5 sur 18, tous des enfants) ; pas de corrélation avec l'intensité de l'hyperphagie
Envies alimentaires	FCQ-T-r	Fortes chez 5 des 8 personnes évaluées (7 adultes, 1 adolescent)
Familles	PAR-DD-QoL	Qualité de vie dégradée, sévèrement ou extrêmement pour 37 % des parents

Conclusions de l'étude

Le phénotype observé. Dans ce groupe, le TND lié au gène *MYT1L* se caractérise par une prise de poids précoce, associée à une hyperphagie modérée mais persistante, à une préoccupation alimentaire, à une faim persistante tout au long de la journée et à une satiété altérée. L'impulsivité alimentaire est faible chez l'enfant, le craving marqué chez l'adulte, et les difficultés oro-motrices sont fréquentes.

Le retentissement sur les familles. Ces perturbations du comportement alimentaire affectent nettement les familles et justifient une prise en charge précoce et proactive, ainsi que des interventions ciblées.

La prévention dès le diagnostic génétique. Des mesures mises en place dès le diagnostic génétique (conseils nutritionnels, routines de repas structurées, promotion d'une activité physique adaptée) pourraient limiter la progression du poids et le risque de complications liées à l'obésité. Elles pourraient ainsi contribuer à éviter le cumul d'un trouble du neurodéveloppement et de comorbidités métaboliques.

Une approche pluridisciplinaire. Une prise en charge adaptée à l'âge, pluridisciplinaire et centrée sur la famille reste essentielle, idéalement au sein de centres spécialisés dans les maladies rares et les obésités complexes.

Ce que décrivent ces résultats. Ils caractérisent un groupe sélectionné sur la présence de symptômes et ne donnent pas la fréquence de ces particularités dans l'ensemble des personnes concernées par le TND lié au gène *MYT1L*.

En regard du PNDS

Plusieurs observations concordent avec le PNDS du syndrome MYT1L, qui signale des troubles du comportement alimentaire dans environ 45 % des cas dès l'enfance, une prise de poids fréquente et précoce, ainsi que des troubles de l'oralité avec des difficultés de mastication chez certains enfants. Il recommande une prise en charge au plus tôt. En revanche, il mentionne une sélectivité alimentaire marquée chez certains enfants présentant des troubles de l'oralité, alors que l'étude décrit une large acceptation des aliments.

6. Intérêt et limites de l'étude

Intérêt de l'étude

- Première caractérisation détaillée et standardisée du comportement alimentaire dans le TND lié au gène *MYT1L*.
- Outils standardisés, utilisés dans les autres obésités rares et en pratique clinique, ce qui permet des comparaisons.
- Étude multicentrique francophone (France, Belgique, Luxembourg) ; 21 participants, un effectif limité, qui reflète la rareté de la maladie.
- Approche multidimensionnelle : faim, satiété, impulsivité, envies, qualité de vie, contexte.

Limites méthodologiques de l'étude

- Participants sélectionnés sur la présence d'un surpoids ou d'une obésité, ou de perturbations du comportement alimentaire ; les personnes sans problème de poids ni difficulté alimentaire manifeste n'ont pas été incluses, ce qui a pu majorer la fréquence et l'intensité observées.
- Effectif réduit, dont seulement 7 adultes ; évaluation à un seul moment.
- Données rapportées par les proches, avec un risque de biais de mémoire ; certains outils non validés dans ce trouble ou chez l'adulte (CEBQ), seuil d'impulsivité exploratoire.
- Comparaisons fondées sur des moyennes publiées ; influence possible des traitements.

7. Pistes pour la pratique clinique

L'équipe de recherche propose les pistes suivantes, principalement à l'intention des équipes soignantes :

- **Évoquer un TND lié au gène *MYT1L*** devant une prise de poids précoce associée à un retard de développement, même en l'absence d'anomalie endocrinienne.
- **Informer les familles par anticipation** du caractère persistant de la faim et de la préoccupation alimentaire.
- **Structurer les repas** : routines de repas, adaptations de l'environnement.
- **Être attentif aux difficultés oro-motrices**, comme la tachyphagie (repas très rapides).
- **Adapter le suivi à l'âge**, en surveillant notamment les envies alimentaires (craving) et la perte de contrôle alimentaire chez l'adulte.

Elle souligne l'importance d'une prise en charge **précoce, pluridisciplinaire et centrée sur la famille**, idéalement au sein des centres spécialisés maladies rares et obésités complexes, et suggère des mesures préventives dès le diagnostic génétique : conseils nutritionnels, routines de repas structurées, promotion de l'activité physique adaptée. Leur application à une situation individuelle relève de l'équipe médicale qui suit la personne.

8. Quelles suites donner à cette étude ?

Pour la recherche

- **Mener des études de suivi (longitudinales)**, sur des groupes plus larges, pour décrire l'évolution selon l'âge et après une prise en charge.
- **Confirmer les résultats dans des cohortes indépendantes**, notamment chez l'adulte et pour l'impulsivité alimentaire.
- **Guider de futurs essais thérapeutiques médicamenteux** ciblant la régulation de l'appétit. Dans l'étude, un seul participant avait reçu du sémaglutide (1 mg par semaine), avec un bénéfice temporaire : observation isolée, sans valeur de preuve.

Pour l'accompagnement

- **Mettre en place des mesures préventives dès le diagnostic génétique** : conseils nutritionnels, routines de repas structurées, activité physique adaptée, qui pourraient aider à limiter la prise de poids et les complications liées à l'obésité.
- **Développer l'activité physique adaptée (APA)**, en tenant compte des obstacles propres au trouble : difficultés motrices, hypotonie, fatigue, troubles du comportement, accès limité aux programmes adaptés.
- **Accompagner les familles** de façon individualisée et repérer tôt celles en situation de précarité.
- **Proposition de l'association, d'après le PNDS** : APA sur prescription médicale, et bilan oro-myofonctionnel (vitesse des repas, mastication, déglutition) en vue d'une éventuelle prise en charge par un orthophoniste ou un kinésithérapeute.

9. Pour les familles : questions et ressources

Si vous pensez que cela peut aider la prise en charge : quelques questions à évoquer avec l'équipe qui accompagne la personne

Ces pistes ne sont pas issues de l'étude. Elles sont proposées à titre indicatif, à adapter à chaque situation.

- **Traitements :** si vous avez un doute sur l'effet d'un traitement sur l'appétit ou le poids, vous pouvez en parler au médecin qui le prescrit. Noter les changements observés et le moment où ils sont apparus peut aider à faire le lien. Le PNDS du syndrome MYT1L signale que certains psychotropes peuvent interférer avec la régulation de l'appétit.
- **Repas et mastication :** si les repas sont très rapides ou la mastication difficile, vous pouvez demander un bilan, en vue d'une éventuelle prise en charge par un orthophoniste ou un kinésithérapeute. Le PNDS prévoit l'évaluation de la sphère oro-myofonctionnelle et de l'oralité alimentaire.
- **Activité physique adaptée :** si une activité physique adaptée (APA) vous paraît utile, vous pouvez l'évoquer avec l'équipe qui accompagne la personne, y compris la possibilité d'une prescription. Le PNDS cite l'enseignant en APA parmi les professionnels du suivi et prévoit d'évaluer l'activité physique.
- **Études à venir :** si vous souhaitez participer à de futures études, vous pouvez demander si l'équipe vous contactera ou s'il faut vous faire connaître, et demander à être informés et éclairés pour décider d'y participer.

Ressources de l'association

- **Site de l'association** : www.extra-vaillants-myt1l.com, avec un **espace réservé aux familles**.
- **Vidéos des Journées internationales MYT1L** (interventions de cliniciens et de chercheurs) : chaîne YouTube

Publications et documents de référence

- **L'article original** (en anglais, accès libre) : lire l'article
- **Le PNDS Syndrome MYT1L** (site de la Haute Autorité de Santé) : consulter l'argumentaire
- **L'étude de 2022** portant sur 40 nouvelles personnes : lire l'article
- **L'étude de 2017** reliant le gène *MYT1L* à la déficience intellectuelle et à l'obésité (accès libre) : lire l'article
- **L'ensemble des publications**, mis à jour régulièrement : site de l'association

Ce document peut être transmis aux professionnels qui accompagnent la personne : médecin, diététicien, équipe éducative ou médico-sociale.

10. Source et mentions

Article original : Coursimault et al., Orphanet Journal of Rare Diseases, 2026. *Eating behaviour phenotype in the MYT1L-related neurodevelopmental disorder: a deep phenotyping study using standardized questionnaires.* doi.org/10.1186/s13023-026-04497-x

Licence : article en accès libre sous licence Creative Commons Attribution 4.0 (CC BY 4.0). Ce document en est une adaptation en français, sous forme de synthèse, réalisée par l'association Les Extra-Vaillants MYT1L. Le texte a été résumé et reformulé ; les chiffres sont ceux de l'article.

Rédaction : synthèse rédigée par l'association Les Extra-Vaillants MYT1L. Seule la publication de référence fait foi. Toute remarque ou demande de correction peut être adressée à l'association.

Remerciements aux familles qui ont participé à cette étude et à l'ensemble des équipes de recherche.

11. Lexique

TND	Trouble du neurodéveloppement.
Comportement alimentaire	Façon de manger au sens large : faim, rassasiement, envies, vitesse, choix des aliments, émotions. Ses perturbations, étudiées ici, sont à distinguer des troubles des conduites alimentaires (TCA : anorexie, boulimie, hyperphagie boulimique), qui ne sont pas l'objet de l'étude.
Phénotype / phénotypage	Phénotype : ensemble des caractéristiques observables d'une personne, ici celles du comportement alimentaire. Phénotypage : description détaillée et standardisée de ces caractéristiques.
Perturbations du comportement alimentaire	Terme employé dans l'étude (« eating behaviour disturbances ») : particularités, ou atypies, dans la façon de manger (faim, satiété, intérêt pour la nourriture, vitesse des repas, envies, impulsivité).
Hyperphagie	Prise alimentaire excessive associant une faim importante, une satiété diminuée, une recherche persistante de nourriture et un retentissement psychologique.
Rassasiement	Sensation qui conduit à arrêter de manger au cours du repas.
Satiété	Absence de faim après le repas, jusqu'au repas suivant. La « réponse à la satiété » (CEBQ) mesure la capacité à réduire ses apports après avoir mangé.
Craving	Envie alimentaire intense et difficile à réprimer.
Tachyphagie	Fait de manger très rapidement.
Oro-moteur	Relatif aux mouvements de la bouche : mastication, déglutition.
Impulsivité alimentaire	Difficulté à différer l'envie immédiate de manger.
Addiction alimentaire	Envies alimentaires très fortes avec perte de contrôle ; ici, évaluée par un score de questionnaire, et non diagnostiquée.
De novo	Variation génétique apparue chez la personne, non transmise par les parents.
Variation tronquante / faux-sens	Tronquante : aboutit à une protéine raccourcie ou non produite. Faux-sens : un seul acide aminé de la protéine est remplacé par un autre.
Perte de fonction	Variation qui empêche une copie du gène de produire une protéine fonctionnelle.
Moyenne / médiane	Moyenne : somme des résultats divisée par le nombre de participants. Médiane : valeur qui partage le groupe en deux moitiés égales.
Statistiquement significatif	Différence suffisamment nette pour qu'il soit peu probable qu'elle soit due au hasard.
PNDS	Protocole national de diagnostic et de soins, document de référence disponible sur le site de la Haute Autorité de Santé.