



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Le questionnaire SCOFF-F :
**Utilisation en médecine de soins primaires dans le dépistage de
l'anorexie mentale ou de la boulimie**

Présentée et soutenue publiquement le 14/09/2016 à 18h00
au Pôle Recherche
Par Justine PAWLAK

JURY

Président :

Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier

Assesseurs :

Monsieur le Professeur SEGUY David

Monsieur le Docteur CALAFIORE Matthieu

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur REGNIER Anne-Marie

Travail du Service de la Plateforme méthodologique du CHRU de Lille

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AFDAS-TCA : Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées dans les Troubles du Comportement Alimentaire.

AM : Anorexie Mentale

BED : Binge Eating Disorder

BITE : Bulimic Investigatory Test

BULIT-R : Bulimia Test Revised.

CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies de l'organisation mondiale de la santé version 10.

CMP : Centre Médico-Psychologique

DFTCA : Définition Française des Troubles du Comportement Alimentaire

DSM-IV : Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux 4eme édition

DSM-V : Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux 5eme édition

EAT : Eating Attitude Test

EDE-Q : Eating Disorder Examination Questionnaire

EDI : Eating Disorder Inventory

EDNOS : Eating Disorder Not Otherwise Specified

HAS : Haute Autorité de Santé

IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PMI : Protection Maternelle Infantile

QAA : Questionnaire Auto-Administré

SCOFF : Sick Control One stane Fat, Food

SCOFF-F : Sick Control One stane Fat, Food, French

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Remerciements | 4 |
| Résumé | 1 |
| Abstract | 2 |
| Introduction | 3 |
| I. Définition des troubles du comportement alimentaire(TCA)..... | 4 |
| A. L'anorexie mentale (AM) | 6 |
| 1. Histoire | 6 |
| 2. Prévalence | 6 |
| 3. L'incidence | 7 |
| 4. Définition | 7 |
| 5. L'étiopathogénie | 8 |
| B. La boulimie | 9 |
| 1. Histoire..... | 9 |
| 2. Prévalence | 9 |
| 3. L'incidence de La boulimie | 9 |
| 4. Définition | 10 |
| II. Dépistage en médecine générale et complexité du diagnostic..... | 12 |
| A. Dépistage en médecine générale..... | 12 |
| B. Les auto-questionnaires | 12 |
| 1. Les auto-questionnaires dans les TCA..... | 13 |
| 2. Le questionnaire SCOFF-F : Un outil récent de dépistage des TCA..... | 14 |
| C. Repérage précoce en médecine générale : Intérêt du questionnaire SCOFF-F ? | 16 |
| Matériels et méthodes | 17 |
| I. Objectif de l'étude | 17 |
| II. Méthodes | 17 |
| A. Le type de l'étude | 17 |
| B. La population de l'étude | 17 |
| 1. Critères d'inclusion | 17 |
| 2. Critères d'exclusion | 18 |
| C. Recueil des données..... | 18 |
| 3. Mode de diffusion | 18 |
| 4. Période du recueil | 18 |
| III. Matériels | 19 |
| A. Le questionnaire..... | 19 |
| B. Analyse des données | 19 |
| Résultats | 20 |
| I. L'échantillon de l'étude | 20 |
| A. Les caractéristiques démographiques des médecins | 21 |
| 1. Le sexe et l'âge des médecins | 21 |
| a) Le sexe..... | 21 |
| b) L'âge des médecins | 21 |

| | | |
|------|---|-----------|
| B. | Les critères démographiques | 23 |
| 1. | Répartition sur le territoire français | 23 |
| 2. | Milieus d'exercice | 23 |
| C. | Caractéristiques professionnelles des médecins | 24 |
| 1. | Le mode d'exercice | 24 |
| 2. | L'ancienneté des médecins | 24 |
| 3. | Les médecins face à L'AM et la boulimie | 25 |
| II. | Le questionnaire SCOFF | 26 |
| A. | Etat des lieux sur la connaissance du SCOFF | 26 |
| B. | Evaluation de la faisabilité du SCOFF | 26 |
| 1. | Les patients risquent-ils d'être décontenancés par le SCOFF ? | 26 |
| 2. | La rapidité d'utilisation du questionnaire | 27 |
| 3. | Les questions sont-elles facilement mémorisables ? | 27 |
| 4. | Comment utiliser le SCOFF lors d'une consultation ? | 27 |
| C. | Evaluer l'utilité du questionnaire dans la pratique courante | 28 |
| 1. | Le SCOFF complète-t-il la clinique ? | 28 |
| 2. | L'utilisation du SCOFF comme outil de dépistage de masse chez les 12-25ans et les 25-45ans ? | 28 |
| 3. | Le recours au questionnaire SCOFF | 29 |
| 4. | La modification de la prise en charge en cas de SCOFF positif | 29 |
| III. | L'analyse bivariable | 30 |
| 1. | Corrélation entre le profil du praticien et les réponses à la question : le SCOFF complète-t-il la clinique ? | 30 |
| 2. | Corrélation entre le profil du praticien et le recours au SCOFF ? | 30 |
| 3. | Corrélation entre le profil du praticien et la modification de la prise en charge du patient en cas de SCOFF positif ? | 30 |
| | Discussion | 31 |
| I. | Discussion autour de l'échantillon | 31 |
| A. | Démographie médicale et représentativité de l'échantillon | 31 |
| 1. | Parité Homme-Femme | 31 |
| 2. | Age de l'échantillon | 32 |
| a) | L'âge des médecins de sexe masculin | 32 |
| b) | L'âge des médecins de sexe féminin | 32 |
| 3. | La démographie | 32 |
| a) | Répartition des médecins par région | 32 |
| b) | Les milieux d'exercice | 33 |
| B. | Le profil professionnel des médecins | 33 |
| 1. | La spécialité médicale | 33 |
| 2. | Le mode d'exercice | 33 |
| 3. | L'ancienneté et l'expérience | 34 |
| 4. | Les médecins face à l'AM et la Boulimie | 34 |
| II. | Discussion autour des résultats | 35 |
| 1. | La connaissance du SCOFF | 35 |
| 2. | La faisabilité du SCOFF | 35 |
| a) | La rapidité du test | 35 |
| b) | Comment utiliser le SCOFF ? | 35 |
| c) | Facilité de mémorisation du SCOFF | 35 |
| d) | La réaction des patients face au SCOFF | 36 |
| 3. | L'utilité du SCOFF | 36 |
| a) | Le SCOFF et le dépistage de masse | 36 |
| b) | L'influence du SCOFF sur le changement de prise en charge | |

| | |
|---|-----------|
| thérapeutique. | 36 |
| III. Discussion autour de la méthodologie | 37 |
| A. Limites et biais de l'étude | 37 |
| B. Forces de l'étude..... | 37 |
| Conclusion | 38 |
| Références bibliographiques | 39 |
| Annexes | 41 |
| Annexe 1 : Le questionnaire de l'étude..... | 41 |
| Annexe 2 : Courrier explicatif de l'étude. | 43 |
| Annexe 3 : Tableaux récapitulatifs des résultats | 44 |
| Annexe 4 : Tableaux Excel, recueil des données et statistiques..... | 53 |
| Annexe 5 : Analyses bivariées. | 57 |

RESUME

Contexte : En France, une personne sur dix souffre de troubles du comportement alimentaire (TCA). Le questionnaire SCOFF a été créé en 1999 afin de faciliter le repérage des patient(e)s souffrant d'anorexie mentale (AM) ou de boulimie. Au Royaume-Uni, il est couramment employé comme outil de dépistage par les médecins généralistes. Sa version française ayant été validée en 2008, l'objectif de cette thèse est d'évaluer la faisabilité et l'utilité du SCOFF-F auprès des médecins de soins primaires français.

Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive, observationnelle, quantitative. Des questionnaires ont été envoyés à un échantillon de médecins tiré au sort au niveau national. Les réponses étaient classées dans un tableau Excel, puis analysées selon une loi Normale avec un risque alpha de 5%.

Résultats : Le taux de réponse au questionnaire était de 36,3%. Les médecins estimaient à 98% que le SCOFF était rapide à réaliser. L'utilisation de la voie orale était plébiscitée par 95,8% d'entre eux. Face à une suspicion d'AM ou de boulimie, 38,59%[29,1-46,9] des médecins étaient d'accord pour l'employer et 46,5%(IC95%[36,9-45,1]) étaient plutôt d'accord. En cas de SCOFF positif, 32,72% (IC95%[22,0-40,0]) des médecins étaient d'accord pour modifier leur prise en charge thérapeutique et 51,81% (IC95%[41,7-60,3]) étaient plutôt d'accord avec cette idée.

Conclusion : Les médecins généralistes sont favorables à l'emploi du SCOFF dans leur pratique quotidienne. Le diffuser à grande échelle permettrait un repérage et une prise en charge plus précoce des patients qui souffrent de TCA.

Mots Clés : questionnaire SCOFF, troubles du comportement alimentaire, anorexie mentale, boulimie, soins primaires, dépistage

ABSTRACT

Background : In France, statistically speaking, it's estimated that one in ten suffers from eating disorder. Founded in 1999, the SCOFF survey was established to get an overview and identify all cases of anorexia and bulimia nervosa. In United Kingdom, the above questionnaire is currently being used as a screening tool by general practices. The SCOFF french version survey was approved in 2008. So, the goal of this thesis is to assess the feasibility and usefulness with primary french healthcare professionals.

Method : It was a descriptive, quantitative and monitoring study. Some questionnaires were sent to a number of doctors who were selected and chosen by lot at the national level. Then, the answers were classified into an excel file and analyzed based on a normal law with an alpha risk to 5%.

Results : The response rate of the questionnaire was around 36,3%. 98% of doctors estimated that the SCOFF survey was running fast. Then, 95,8% of them was favour with using the oral route. In front of the suspicion of anorexia or bulimia nervosa, 38,59% [29,1-46,9] of doctors agreed to deal with and another 46,5% IC95% [36,9-45,1] more or less agreed as well. In the case that the result of SCOFF survey was positive, we estimated that 32,72% IC95% [22,0-40,0] of doctors were ok to change their therapeutic care, and another 51,81% IC95% [41,7-60,3] also agreed.

Conclusion : Globally, family doctor's approved SCOFF survey using it in their daily practice. So, developing it on a large scale would allow to be proactive in identify and treat eating disorders.

Keywords : SCOFF, eating disorder, anorexia and bulimia nervosa, primary healthcare, screening.

INTRODUCTION

En France, une personne sur dix souffre de troubles du comportement alimentaire(TCA) (1). Chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans l'anorexie mentale(AM) serait la troisième cause de maladie chronique (2). La mortalité élevée de ces patient(e)s en fait un véritable problème de santé publique. C'est pourquoi, la Loi santé d'avril 2015 intègre deux amendements afin de lutter contre la maigreur chez les mannequins et les sites internet qui en font l'apologie (3,4).

De nouvelles recommandations ont été rédigées en juin 2010 par la Haute Autorité de Santé(HAS) afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge de l'anorexie mentale (2).

Il est démontré que le repérage précoce de ces troubles améliore le pronostic de la maladie.

La prise en charge médicale des TCA est souvent complexe et chronophage. Elle est multidisciplinaire et demande souvent l'appui d'un réseau solide.

C'est en ce sens que le repérage précoce, permet d'anticiper l'ancrage de ces habitudes alimentaires pathologiques et du déni chez les patientes. Le médecin généraliste par son rôle de prévention et de dépistage est le pilier central de cette détection et de la prise en charge qui en découle (5,6).

I. Définition des troubles du comportement alimentaire(TCA)

Les TCA se définissent par l'association durable de perturbation du comportement alimentaire, de troubles de la perception de l'image corporelle et d'obsessions quant au poids et à l'alimentation.

A ce jour il existe plusieurs catégories de TCA (2) :

- Les TCA non spécifiés (atypiques, EDNOS) : regroupant les formes sub-syndromiques de l'AM et de la boulimie, pour lesquelles on ne retrouve qu'une partie des critères diagnostiques.
- Le Binge Eating Disorder (BED) : également appelé l'hyperphagie boulimique. La différence avec la boulimie est l'absence de comportement compensatoire (vomissement, prise de laxatif ou diurétique).
- Le Craving correspond aux compulsions alimentaires. C'est une consommation impulsive (de survenue brutale) en dehors des repas d'un aliment ou d'une catégorie d'aliments en réponse à une envie plutôt qu'à une réelle sensation de faim.
- Le night eating syndrome correspond à une hyperphagie nocturne survenant au moment des phases d'endormissement ou d'éveil nocturne.
- Le grignotage et la fringale de produits sucrés correspond à l'ingestion répétée et presque automatique de petites quantités d'aliments divers et variés en dehors des repas habituels sans répondre à une sensation de faim ou d'appétit.

Pour finir ceux qui nous intéressent dans le cadre de cette thèse :

- L'anorexie mentale (AM) et la boulimie.

Ils sont définis par des critères bien précis détaillés dans le DSM-IV, puis plus récemment dans le DSM-V (édité en 2013) et la CIM-10.

La séparation entre l'AM et la boulimie décrite dans la classification CIM10, DSM-IV et V reflète mal la complexité de la réalité clinique. Il serait caricatural de considérer l'AM et la boulimie comme deux entités nosographiques distinctes (2).

D'une part, nous savons que les crises de boulimie sont présentes chez 50% des patientes souffrant d'AM. Sur le plan de la sémiologie clinique, rien ne permet de distinguer l'accès boulimique d'une anorexique de celui d'une patiente boulimique ayant un poids normal (2).

D'autre part, certains symptômes comme la peur de grossir et les préoccupations corporelles sont présents dans les deux troubles.

Malgré leurs imperfections, les critères diagnostiques de ces deux classifications sont nécessaires et constituent les bases d'un langage commun notamment à des fins de recherche clinique (2).

A. L'anorexie mentale (AM)

1. Histoire

Certaines descriptions des conduites anorexiques datent de l'Antiquité. Les premières formulations psychopathologiques remontent à C. LASEGUE en France en 1873 et à W.W.GULL en Angleterre en 1874.

Ils font, tous les deux références, à l'hystérie et à un état dépressif pour catégoriser cette variété pathologique de restriction alimentaire.

L'expression même d'anorexie mentale est de HUCHARD ; elle date de 1883.

Les auteurs anglo-saxons préféreront, quant à eux, le terme d'*anorexia nervosa* (2).

2. Prévalence

La mortalité chez les patientes atteintes d'AM étant estimée à 10%, cette maladie est aujourd'hui devenue une préoccupation essentielle en santé publique (4).

Dans les pays occidentaux, la prévalence de l'AM est située entre 0,5 et 2,2 % chez les femmes, et 0,3 % chez les hommes (5).

Le ratio est de 9 femmes pour 1 homme.

Actuellement il existe peu de données épidémiologiques en France au niveau national (6).

D'après OLIVIER VERAN, député et médecin neurologue de profession, il y aurait 30 000 à 40 000 personnes souffrant d'AM en France (4).

L'âge moyen d'apparition est de 17 ans, avec deux pics de fréquence à 14 ans et à 18 ans (5).

3. L'incidence

Selon la revue de la Littérature de HOEK (2003), parmi les consultants en médecine générale l'incidence de l'AM est d'environ 8 cas pour 100 000 personnes par an (6).

Chez les jeunes filles de 15-19 ans, elle est de 270 pour 100 000 par an (6).

4. Définition

L'AM est définie selon les critères du DSM-IV. Elle a récemment été modifiée par l'édition du DSM-V en 2013 (7,2).

Tableau 1 : Classification de l'AM selon DSM-IV (2)

| |
|--|
| -le refus de maintenir un poids normal pour l'âge et la taille : IMC<17,5 kg/m ² , ou inférieur au 10eme percentile avant 10 ans. |
| - la peur pathologique de grossir malgré la maigreur. |
| - la perturbation de l'image du corps (déli de gravité de la maigreur et une influence excessive de l'apparence sur l'estime de soi.) |

L'aménorrhée ne fait plus partie des critères diagnostiques dans la nouvelle édition du DSM-V. Car elle est inconstante, et ne peut être appliquée chez :

- les hommes,
- les adolescentes en pré-ménarche
- les femmes en post-ménopause
- ou les femmes qui prennent une contraception orale (7).

L'AM est également définie selon les critères de la CIM-10.

Tableau 2 : Classification CIM-10 de l'AM (2)

| |
|--|
| A- Une Perte de poids, ou chez les enfants une incapacité à prendre du poids. Un poids inférieur à 15 % du poids normal ou escompté pour l'âge et la taille. |
| B- La perte de poids est provoquée par le sujet qui évite les aliments qui « font grossir » |
| C- Une Perturbation de l'image du corps, accompagnée d'une peur intense de grossir. Ce qui amène le sujet à s'imposer un poids limite faible à ne pas dépasser. |
| D- La présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique avec aménorrhée chez la femme et perte d'intérêt sexuel et de puissance érectile chez l'homme. |
| E- Il ne faut pas que le patient réponde positivement aux critères A et B de la CIM-10 de la boulimie. |

Deux sous types d'AM sont décrits :

- le type restrictif : pendant la période d'AM, il y a une absence de conduites régulières de purges (vomissements, prises de laxatif ou diurétique).

- le type non restrictif : pendant la période d'AM, il y a des épisodes réguliers de boulimie/vomissements, ou prises de purgatifs.

5. L'étiopathogénie

On considère aujourd'hui qu'elle est multifactorielle, conjuguant des facteurs de vulnérabilité individuelle (génétique et psychologique), familiaux ou environnementaux à des facteurs déclenchants (séparation, puberté, deuil, stress, traumatisme y compris sexuel) et des facteurs de maintien (système relationnel familial) (5).

B. La boulimie

1. Histoire

Le terme de boulimie est dérivé du grec « bous », qui veut dire bœuf et « limos » qui veut dire faim, sous entendue « une faim de bœuf ». Les premières descriptions sont apparues dans l'Antiquité, puis sont devenues plus précises à partir du XIXème siècle. Les critères diagnostiques précis n'ont été définis qu'en 1980 avec le DSM-III suite aux travaux réalisés par RUSSEL (2).

2. Prévalence

L'âge de début de la boulimie est plus tardif que celui de l'AM. Elle touche surtout les adolescent(e)s plus âgé(e)s et les adultes jeunes.

A ce jour, il existe peu d'études épidémiologiques centrées sur la boulimie.

La prévalence de la boulimie sur la vie entière serait de 1-1,5 % en population générale selon HOEK (2003) et HUDSON (2007). Les résultats dans l'étude européenne de PRETI en 2009 sont inférieurs. La prévalence de la boulimie sur la vie entière est de 0,51%, proche de celle de l'AM.

Les formes partielles de boulimie seraient plus fréquentes, avec une prévalence sur la vie entière chez les femmes de 5 %.

Les données de la boulimie en population masculine font défaut. D'après HUDSON en 2007, la prévalence de la boulimie chez les hommes serait de 0,5 % (2).

3. L'incidence de La boulimie

L'incidence varie comme pour l'AM selon l'âge et le sexe de la population observée. L'incidence retrouvée en 2009 chez les 16-20ans est de 300 pour 100 000 d'après KESKI-RAHKONEN. Celle retrouvée chez les 20-24ans par HOEK en 2003 est de 82 pour 100 000 (2).

4. Définition

La boulimie se caractérise par des épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée (consommation de grosses quantités d'aliments) depuis plus de 3 mois à raison de deux crises par semaine. (Critère C de la classification du DSM-IV)

Selon le DSM-IV les critères diagnostiques de la boulimie sont (2) :

Tableau 3 : Classification de la Boulimie selon le DSM-IV (2)

| |
|---|
| <p>A - une crise de Boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :</p> <p>a - l'absorption en une période de temps limitée (par exemple moins de deux heures), d'une grande quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.</p> <p>b - le sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange.</p> |
| <p>B - On note la présence de comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids tels que : des vomissements provoqués ; l'emploi abusif de laxatifs, de diurétiques, lavements, ou autres médicaments ; le jeûne ; l'exercice physique excessif.</p> |
| <p>C- Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux ,en moyenne , au moins 2 fois par semaine pendant 3 mois.</p> |
| <p>D - L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.</p> |
| <p>E - Le trouble ne survient pas uniquement pendant les périodes d'anorexie mentale.</p> |

Dans la nouvelle version du DSM-V, la fréquence de survenue des crises de boulimie, suivies de comportements compensatoires, est passée de 2 fois par semaine à une fois par semaine (7).

Selon la CIM-10 les critères de la boulimie sont les suivants :

Tableau 4 : Classification CIM-10 de la Boulimie (8)

| |
|--|
| - Des épisodes répétés d'hyperphagie, deux fois par semaine pendant au moins 3 mois, avec consommation rapide de quantités importantes de nourriture en un temps limité. |
| - Une préoccupation persistante par le fait de manger, associée à un désir intense ou à un besoin irrésistible de nourriture (craving). |
| - Le sujet essaie de neutraliser la prise de poids liée à la nourriture, comme en témoigne la présence d'au moins l'une des manifestations suivantes : - des vomissements provoqués - l'utilisation de laxatifs - l'alternance avec des périodes de jeûne - l'utilisation de coupes faim ; de diurétiques ; de préparations thyroïdiennes. |
| - La perception de soi comme étant trop gros(se), avec peur intense de grossir.(entraînant habituellement un poids inférieur à la normale) |

La CIM-10 exclut le diagnostic d'AM si les crises surviennent régulièrement ; le diagnostic de boulimie prime alors sur celui d'AM.

Comme pour l'AM, la boulimie est divisée en deux sous types :

- avec vomissements/prise de purgatifs.
- en l'absence de vomissements ou de prise de purgatifs, d'autres stratégies de contrôle du poids comme le jeûne ou l'hyperactivité physique sont utilisés.

II. Dépistage en médecine générale et complexité du diagnostic

A. Dépistage en médecine générale

Le dépistage précoce est un des facteurs pronostiques de la maladie. Une étude a été réalisée sur les registres nationaux suédois par LINBDLAD et AI, chez les sujets hospitalisés pour anorexie mentale entre 1977 et 1981, suivis régulièrement entre 1992 et 2002. Ils insistent sur le fait que l'amélioration de la détection précoce de l'anorexie mentale est un facteur favorisant l'amélioration du pronostic. Une information plus importante sur ce trouble a permis une hospitalisation plus précoce des patient(e)s (6).

Au Pays-Bas, seulement 40 % des cas d'anorexie mentale sont détectés par le médecin généraliste (6). Plus récemment, on a pu estimer que plus de 50 % des cas sont repérés par les professionnels de santé de premiers recours. Un médecin généraliste suivant en moyenne 2000 patients devrait s'attendre à avoir 1 ou 2 cas d'AM dans sa patientèle. Il a été prouvé que pendant les cinq années précédant la détection des TCA, ces sujets consultent leur médecin généraliste significativement plus souvent que les autres patient(e)s. A noter qu'en France, on estime que la moitié des patient(e)s souffrant d'AM ne bénéficie pas de soins (6).

B. Les auto-questionnaires

Les Questionnaires Auto-Administrés (QAA), encore appelés auto-questionnaires, permettent une exploration rapide des problèmes médicaux, et de leur ressenti éventuelle (QIA) (9).

En soins primaires, leurs utilisations sont cependant limitées par leurs manques de « validité », leurs aspects déshumanisés, et leurs manques d'adaptation à la médecine générale (9).

Les Avantages des QAA sont :

- un gain de temps.
- un recueil exhaustif des informations.
- une meilleure structuration de la consultation autour des réponses au QAA (9).

Les inconvénients des QAA sont :

- L'aspect déshumanisé du questionnaire : Le questionnaire ne remplace en rien un entretien et un examen clinique fait par le médecin.
- Une relecture est nécessaire par un professionnel de santé (9).

1. Les auto-questionnaires dans les TCA

Dans le cadre des troubles du comportement alimentaire, il existe plusieurs auto-questionnaires : comme l'EDE, l'EAT, l'EDI, le BITE ou encore le BULIT-R (2).

- L'EDE et l'EDI ont été validés dans une version française au sein d'une population adolescente (6).

Ils permettent d'apprécier les troubles du comportement alimentaire selon plusieurs dimensions notamment cognitives et psychologiques. Ils comportent de nombreux items (36 et 91 items respectivement) entraînant un temps de passation excessif (2).

- L'EAT est avant tout un test à visée épidémiologique. Il évalue le comportement alimentaire afin d'identifier les symptômes de troubles du comportement alimentaire. Il se compose de 26 items. Ce n'est pas un test à visée diagnostique (2,6).
- Le BITE de Henderson (1987) est un auto-questionnaire de 33 items qui évalue les comportements boulimiques et permet ainsi de repérer les individus souffrant de boulimie ou de « binge eating » en population générale ou clinique (2).

- Le Bulimia Test-Revised (BULIT-R) de THELEN (1991) évalue les symptômes boulimiques sur la base des critères du DSM-III-R, mais également validé pour le DSM-IV. Il est composé de 35 items et permet le dépistage des sujets boulimiques en population générale (2).

Ils sont d'excellents outils de dépistage en population générale. Cependant, ils ne peuvent être utilisés comme outils diagnostiques. La confirmation du diagnostic nécessite un entretien semi-structuré approfondi (2).

De récentes recommandations de la HAS sont parues en 2010 afin d'améliorer le repérage précoce en population générale de l'anorexie et/ou de la boulimie. Elles préconisent d'avoir recours à un questionnaire appelé SCOFF-F (Sick Control One Stane, Fat, Food, French) en plus du suivi des mesures anthropométriques (6).

2. Le questionnaire SCOFF-F : Un outil récent de dépistage des TCA

Le questionnaire SCOFF-F a été développé et validé par MORGAN au Royaume-Uni en 1999 (10). La validation dans sa version francophone a été effectuée au sein d'une population étudiante à Rouen en 2008. C'est à ce moment qu'il a pris l'acronyme de SCOFF-F initialement appelé DFTCA (11).

Il a été testé dans une population de femmes adultes en médecine générale. La sensibilité est de 78 % et la spécificité de 84 %. Au sein d'une population atteinte d'anorexie mentale, la sensibilité du SCOFF-F est de 94,6 %, et la spécificité de 94,8 % (11).

Le SCOFF-F permet de détecter la possible existence d'un trouble du comportement alimentaire plutôt que de poser un diagnostic précis (12).

Il se compose de 5 questions :

- 1- Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
- 2- Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
- 3- Avez-vous récemment perdu plus de 6kg en 3 mois ?
- 4- Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
- 5- Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

Les modalités de réponses sont oui/non. Un point est donné pour chaque réponse « oui ». Un score supérieur ou égal à 2 indique une possibilité d'AM ou de boulimie.

Qu'il soit passé à l'oral ou à l'écrit, le SCOFF-F a la même validité.

Le seul petit bémol est la détection de faux positifs. L'étude de JOHNSTON et Al montre que les préoccupations culturelles actuelles sur la minceur et sur la diététique peuvent rendre difficiles la détermination des cas pathologiques par rapport à la norme (6).

Cependant, il est bref et facile à conduire, ce qui le rend très utilisable non seulement par le médecin généraliste mais aussi par d'autres professionnels de santé : les infirmières et les médecins scolaires. De plus, d'après l'expertise publiée en 2002 par l'INSERM, il peut être utilisé dès l'âge de douze ans et demi afin de repérer précocement les adolescent(e)s susceptibles de souffrir d'AM ou de boulimie (6).

En cas de SCOFF-F positif, ces intervenants doivent adresser le patient à un spécialiste référent afin de poser le diagnostic, et d'établir une prise en charge au sein d'un réseau adapté (6).

C. Repérage précoce en médecine générale : Intérêt du questionnaire SCOFF-F ?

Le but de cette thèse était d'améliorer le repérage précoce de l'AM et de la boulimie et d'éviter ainsi l'engrenage des patientes souffrant de ces TCA. Pour ce faire, j'ai souhaité tester la praticité et l'utilité du questionnaire SCOFF-F par des médecins de soins primaires français.

Les médecins généralistes se basent surtout à l'heure actuelle sur le suivi des données anthropométriques, l'inquiétude des parents et les conduites de purge pour évoquer le diagnostic de TCA (13).

Le recours aux questionnaires ou auto-questionnaires est peu ancré dans la pratique des généralistes (14).

C'est pour toutes ces raisons que j'ai souhaité réaliser cette thèse. Le but étant, au fil des années, de réussir à intégrer le SCOFF dans la pratique quotidienne des médecins généralistes, des pédiatres, des médecins scolaires, des infirmières en complément et au même titre que les paramètres anthropométriques (Poids, taille, IMC) et les courbes de croissances staturo-pondérales.

MATERIELS ET METHODES

I. Objectif de l'étude

L'objectif Principal de l'étude était de déterminer la faisabilité et l'utilité du questionnaire SCOFF-F dans le dépistage de l'anorexie mentale et de la boulimie en médecine de soins primaires.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer les critères démographiques et le mode d'exercice des praticiens pouvant être corrélés à une utilisation plus aisée du questionnaire SCOFF-F.

II. Méthodes

A. Le type de l'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, quantitative.

B. La population de l'étude

1. Critères d'inclusion

L'étude a été réalisée à partir d'une population de médecins généralistes ou urgentistes. Certains médecins avaient une activité mixte (salarisée et libérale). Ils exerçaient tous sur le territoire métropolitain français. Le tirage au sort a été réalisé par la plateforme d'aide méthodologique du CHRU de Lille. L'objectif était d'obtenir un taux de réponse d'environ 30%, soit environ 96 réponses pour 330 questionnaires envoyés.

2. Critères d'exclusion

L'échantillon contenait au départ 350 médecins. Les médecins dont les adresses n'étaient pas retrouvées sur le site page jaune, ou exerçant en tant qu'angiologue ou pneumologue étaient exclus de l'étude.

Ont également été exclus des résultats les questionnaires :

- ayant été réceptionnés au delà du 31 décembre 2015,
- ayant été retournés sans réponse pour cause de cessation d'activité ou de départ en retraite,
- ayant été complétés partiellement.

C. Recueil des données

3. Mode de diffusion

La diffusion des questionnaires a été effectuée par voie postale. Une note accompagnait le questionnaire afin d'expliquer le but de l'étude et de faire connaître le SCOFF-F aux destinataires (Annexe 2). Chaque courrier contenait une lettre explicative, un questionnaire, (Annexe 1) et une enveloppe retour pré-affranchie et pré-adréssée dans le but de susciter un maximum de réponses.

Trois lots de 100 enveloppes ont été envoyés aux dates suivantes : le 12 octobre 2015, le 20 octobre 2015 puis le 09 novembre 2015. Un quatrième lot contenant 28 enveloppes a été envoyé le 09 décembre 2015. Les questionnaires n'étaient pas anonymes. Ils avaient préalablement été numérotés et associés respectivement à chaque médecin.

4. Période du recueil

Le recueil des données a été réalisé du 12 octobre 2015 au 31 décembre 2015. Dans le but d'obtenir un maximum de réponses, les médecins non répondeurs étaient recontactés par téléphone environ quinze jours après l'envoi. Cela permettait de s'assurer de la bonne réception des courriers, mais aussi de répondre à leurs interrogations. Les réponses au questionnaire étaient répertoriées par ordre d'arrivée dans un tableau Microsoft Excel.

III. Matériels

A. Le questionnaire

Le questionnaire a été établi d'après les connaissances actuelles de la science et les recommandations de bonne pratique de la HAS.

Il se divisait en deux grands axes :

-la première partie permettait de relever les caractéristiques démographiques, et professionnelles des médecins interrogés.

- la seconde partie était sous la forme d'un tableau comportant 11 questions et 9 sous-questions portant sur les critères d'évaluation du questionnaire SCOFF-F. Le système de réponse était sous la forme d'une échelle de Likert à quatre niveaux.

B. Analyse des données

Chaque réponse a été comptabilisée grâce au Logiciel Tableur Excel. Pour chacune d'entre elles, les proportions ont été analysées en effectif puis en pourcentage. La loi Normale a ensuite été utilisée afin de déterminer les marges d'erreur et les IC 95%.

L'analyse bi-variée a été réalisée avec l'aide de la plateforme d'aide méthodologique du CHRU de Lille. Une analyse multivariée avec un modèle de régression logistique au risque α égal à 0,05 a été employée.

RESULTATS

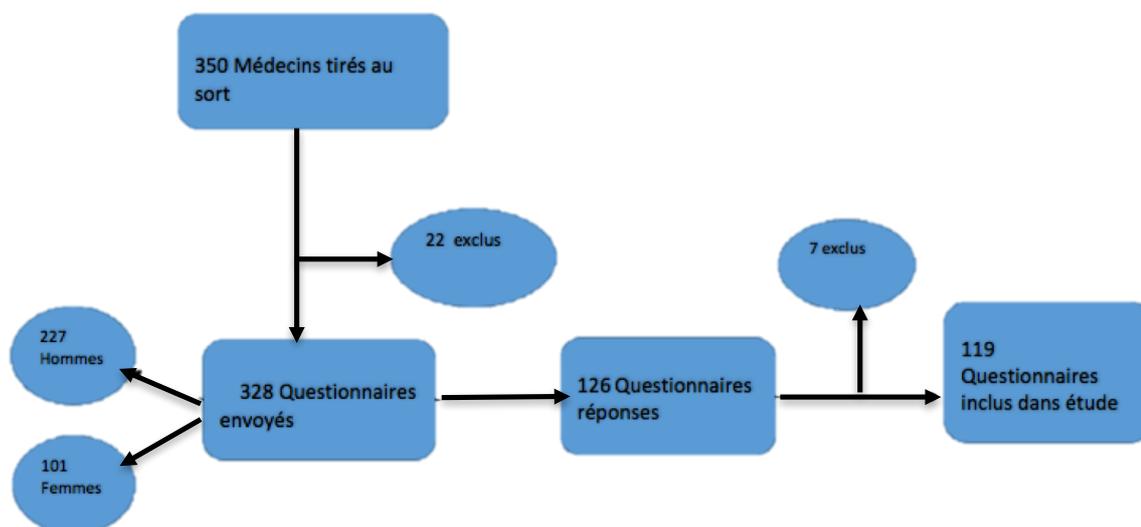
I. L'échantillon de l'étude

Parmi l'échantillon de 350 médecins tirés au sort, 22 ont été exclus pour les raisons exposées dans le paragraphe « critères d'exclusion ». 328 questionnaires ont donc été envoyés. Dans l'échantillon de départ, il y avait 241 hommes et 109 femmes soit respectivement 68,8% d'hommes avec un (IC95% [63,9-73,65]) et 31,1% de femmes (IC95% [26,25-35,94]). Suite à l'exclusion de 22 médecins, il restait alors 227 hommes soit 69,2% (IC95% [60,9-77,5]) et 101 femmes soit 30,8% (IC95% [25,8-35,8]).

Au cours de l'étude, j'ai réceptionné 126 réponses. Parmi ces 126 questionnaires-réponses, 7 ont été exclus, car ils n'étaient pas remplis dans leur intégralité. Le taux de réponses à la fin de mon étude était de 36,3% (IC95% [31,09-41,5]).

L'ensemble des résultats présentés étaient en lien avec les questionnaires-réponses réceptionnés, et non en lien avec l'échantillon de départ tiré au sort.

Diagramme 1 : Flow charts de l'échantillon.



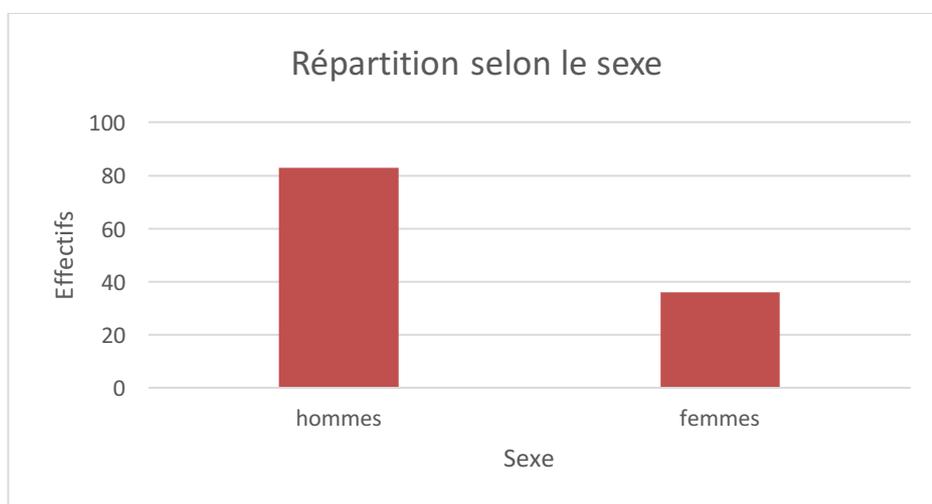
A. Les caractéristiques démographiques des médecins

1. Le sexe et l'âge des médecins

a) Le sexe

D'octobre à fin décembre 2015, j'ai réceptionné 119 réponses. Parmi celles-ci, 69,74% (IC95%[59,8-79,6]) provenaient de médecins de sexe masculin et 30,25% (IC95%[4,2-56,2]) de médecins de sexe féminin.

Histogramme 1 : Effectifs des réponses selon le sexe des médecins.

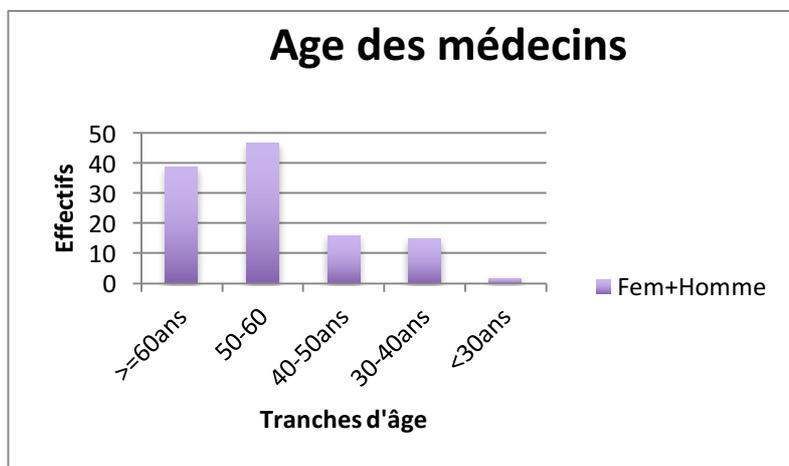


b) L'âge des médecins

La moyenne d'âge des médecins ayant répondu à l'étude était de 53,93 ans. L'âge minimum était de 27 ans et maximum de 81 ans.

32,77% (IC95%[24,33-41,2]) des médecins avaient plus de 60ans.

Dans la tranche d'âge 50-60 ans, je retrouvais 39,5% (IC95%[30,7-48,2]) des médecins. Seul 13,45% (IC95%[7,0-19,0]) des médecins étaient dans la tranche d'âge 40-50ans et 30-40ans. Moins de 1% des médecins avaient un âge inférieur à 30ans.

Histogramme 2 : Effectifs des médecins selon l'âge.

Chez les médecins de sexe féminin :

-18,91% (IC95%[6,3-31,5]) avaient entre 30 et 40 ans

-21,62% (IC95%[8,4-34,8]) avaient entre 40 et 50 ans

-48,64% (IC95%[32,53-64,7]) avaient entre 50 et 60ans

Chez les médecins de sexe masculin :

-10,84% (IC95%[4,15-17,5]) avaient entre 30 et 40ans

-9,64% (IC95%[3,30-15,9]) avaient entre 40 et 50ans

-44,57% (IC95%[33,8-55,2]) avaient un âge supérieur ou égal à 60ans.

B. Les critères démographiques

1. Répartition sur le territoire français

Le pourcentage de réponses au questionnaire dépassait les 10% dans les régions :

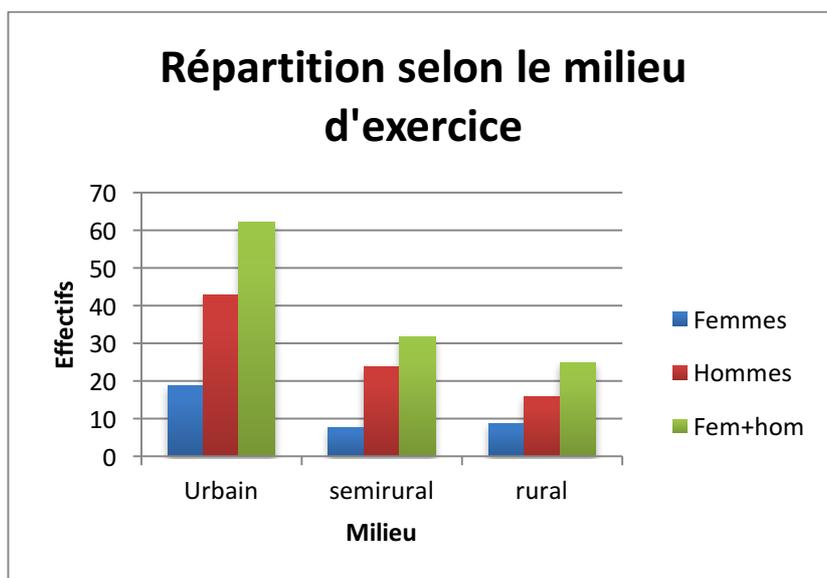
- Grand Est
- Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Auvergne-Rhône-Alpes
- Nouvelle-Aquitaine : Aquitaine limousin Poitou-Charentes
- Ile-de-France

Pour les autres régions, le pourcentage était inférieur à 10%. (Annexe 3)

2. Milieux d'exercice

52,1% (IC95%[43,1-60,9]) des médecins tout sexe confondu, exerçaient en milieu urbain, 26,9% (IC95%[18,1-33,9]) en milieu semi-rural et 21,00% (IC95%[13,7-28,3]) en milieu rural. A noter que, 34% (IC95%[7,7-34,3]) des femmes médecins exerçaient en milieu rural contre 19,3% (IC95[11,0-27,0]) des hommes.

Histogramme 3 : Répartition des médecins selon le sexe et le milieu d'exercice.

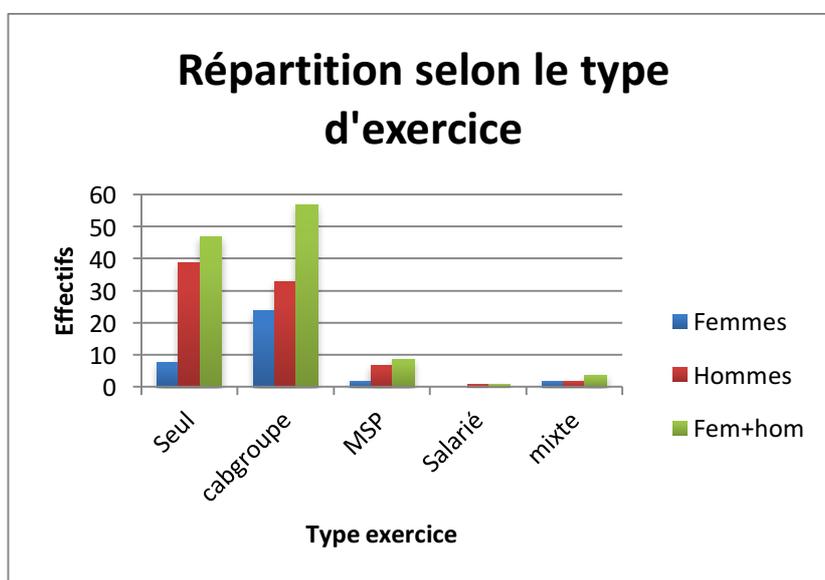


C. Caractéristiques professionnelles des médecins

1. Le mode d'exercice

Dans l'échantillon, 48,3%(IC95%[38,0-56,0]) des médecins étaient installés en cabinet de groupe, 39,8%(IC95%[30,2-47,8]) exerçaient seuls, et 7,62%(IC95% [2,4-11,6]) étaient installés en MSP. Un seul médecin était salarié, et 4 avaient une activité mixte.

Histogramme 4 : Répartition des médecins selon le type d'exercice.



2. L'ancienneté des médecins

La majorité des médecins étaient installés depuis plus de 30ans ou avaient entre 20 et 30 années d'ancienneté dans le métier.

Tableau 1 : Répartition des médecins selon le nombre d'année d'installation.

| | >= 30ans | [20-30ans[| [10-20ans[| [5-10ans[| <= 5ans |
|---------------|--------------|-------------|------------|------------|------------|
| Effectifs | 48 | 36 | 17 | 9 | 9 |
| Pourcentages% | 40,33 | 30,25 | 14,28 | 7,56 | 7,56 |
| IC95% | [31,5 -49,1] | [22,0-38,4] | [7,7-20,5] | [3,5-11,5] | [3,5-11,5] |

3. Les médecins face à L'AM et la boulimie

97,47% (IC95[94,6-100]) des médecins avaient au minimum été confrontés une fois au cours de leur carrière à un(e) patient(e) souffrant d'AM ou de boulimie.

II. Le questionnaire SCOFF

A. Etat des lieux sur la connaissance du SCOFF

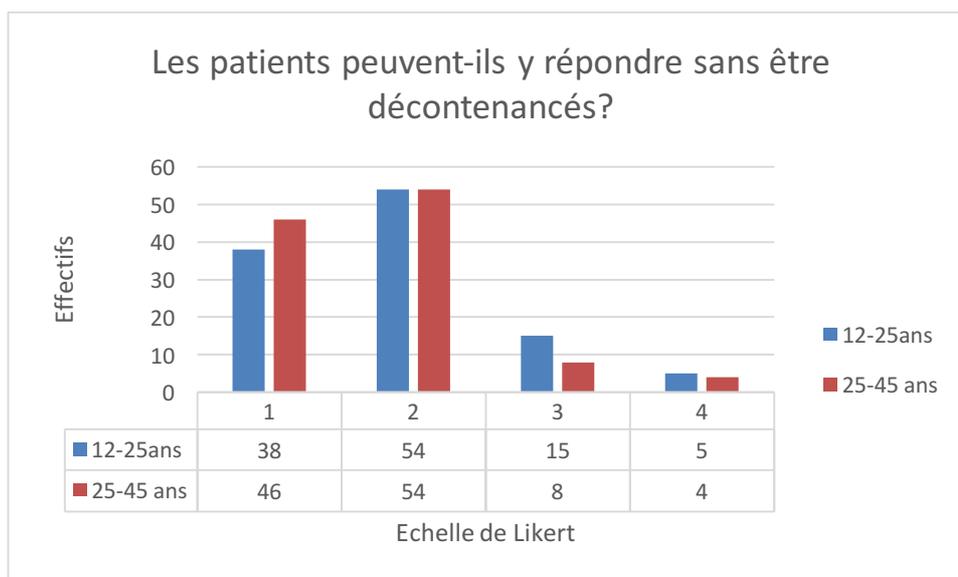
90,34% des médecins ignoraient l'existence du questionnaire SCOFF. (85,96% (IC95[78,5-91,5]) pas d'accord et 4,38% (IC95[0,81-7,95]) plutôt pas d'accord). Après qu'ils eurent découvert le SCOFF grâce à mes questionnaires, dix médecins l'avaient utilisé lors de consultation chez des patients ayant entre 12-25ans et 25-45ans.

B. Evaluation de la faisabilité du SCOFF

1. Les patients risquent-ils d'être décontenancés par le SCOFF ?

Pour les 12-25ans, 17,85% des médecins estimaient que leurs patients puissent être troublés par les questions du SCOFF (13,39% (IC95[7,0-19,0]) plutôt pas d'accord, 4,46% (IC95[0,64-8,28]) pas d'accord). Chez les 25-45 ans, seulement 10,71% des médecins craignaient de décontenancer leurs patients (7,14% (IC 95[2,42-11,86]) plutôt pas d'accord, 3,57% (IC 95[0,17-6,97]) pas d'accord).

Histogramme 5 : Utilisation du SCOFF et risque d'offenser les patient(e)s



1 : Tout à fait d'accord

2 : Plutôt d'accord

3 : Plutôt pas d'accord

4 : Pas d'accord

2. La rapidité d'utilisation du questionnaire

Plus de 98% des médecins trouvaient que le SCOFF était rapide à utiliser (70,53%(IC95%[62,1-79,0]) d'accord, 28,57%(IC95%[19,7-36,3]) plutôt d'accord). Seul un médecin n'était plutôt pas d'accord avec cette idée.

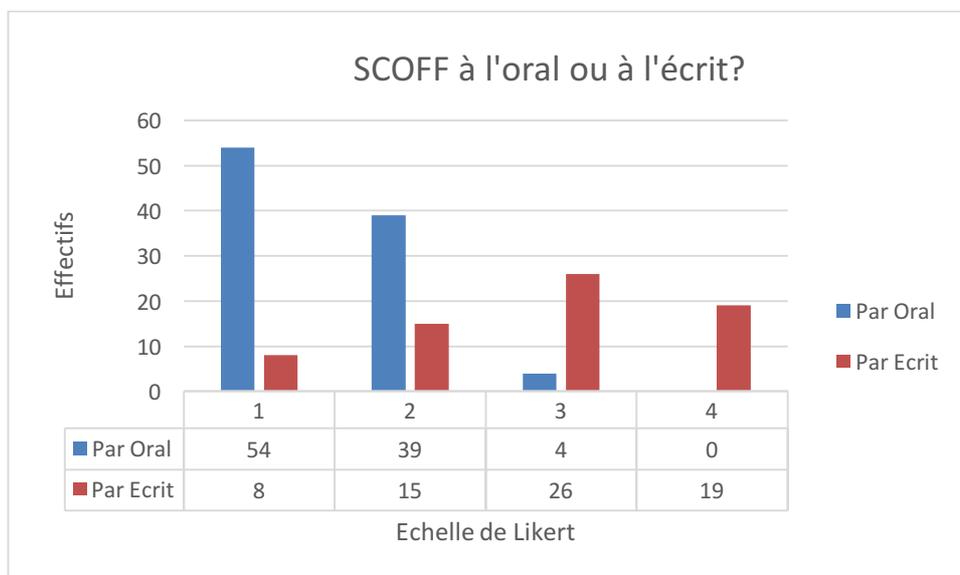
3. Les questions sont-elles facilement mémorisables ?

Pour 89,37% des médecins, les questions du SCOFF étaient facilement mémorisables (57,52% (IC95%[48,0-66,0]) d'accord, 31,85% (IC95%[23,2-40,4]) plutôt d'accord). 10,61% des médecins ont répondu négativement à cette question (10,61% (IC95%[4,9-16,2]) plutôt d'accord, 0% pas d'accord).

4. Comment utiliser le SCOFF lors d'une consultation ?

La majorité des médecins (95,8%) préféreraient utiliser le SCOFF à l'oral (55,60% (IC95%[45,1-64,9]) d'accord, 40,2% (IC95%[30,3-49,7]) plutôt d'accord) contre 33,8% qui l'utiliseraient à l'écrit (11,74% (IC95%[4,0-18,0]) d'accord, 22,06% (IC95%[12,2-31,8]) plutôt d'accord).

Histogramme 6 : Le SCOFF utilisation à l'oral ou à l'écrit ?



1 : Tout à fait d'accord 2 : Plutôt d'accord

3 : Plutôt pas d'accord 4 : Pas d'accord

C. Evaluer l'utilité du questionnaire dans la pratique courante

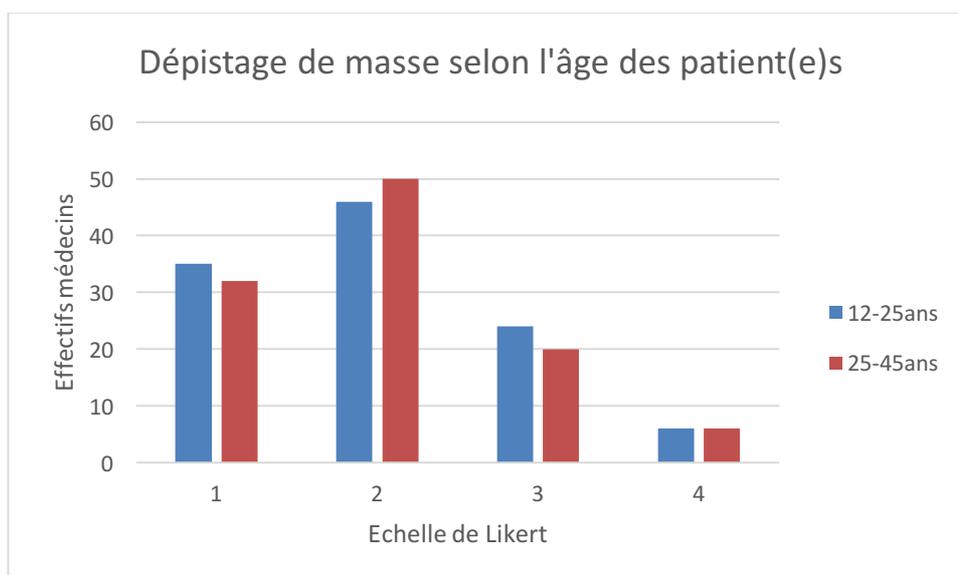
1. Le SCOFF complète-t-il la clinique ?

Pour 96,38% des médecins, le SCOFF pourrait être un outil complémentaire de la clinique (48,54% (IC95%[38,8-57,2]) d'accord, 47,74% (IC95%[37,8-57,2]) plutôt d'accord). Seul 3,6% des médecins n'étaient pas convaincus et ont répondu négativement à la question (0,9% (IC95%[-0,8-2,6]) plutôt pas d'accord ; 2,7% (IC95%[-0,3-5,7]) pas d'accord).

2. L'utilisation du SCOFF comme outil de dépistage de masse chez les 12-25ans et les 25-45ans ?

Seul 27% des médecins chez les 12-25ans (21,62% (IC95%[13,5-28,5]) plutôt pas d'accord ; et 5,4% (IC95%[1,0-9,0]) pas d'accord) et 24% des médecins chez les 25-45ans ne voyaient pas son utilité dans le dépistage de masse (18,51% (IC95%[11,3-25,7]) plutôt pas d'accord et 5,55% (IC95%[1,39-9,61]) pas d'accord).

Histogramme 7 : Utilisation du SCOFF en tant qu'outil de dépistage de masse ?



1 : Tout à fait d'accord

3 : Plutôt pas d'accord

2 : Plutôt d'accord

4 : Pas d'accord

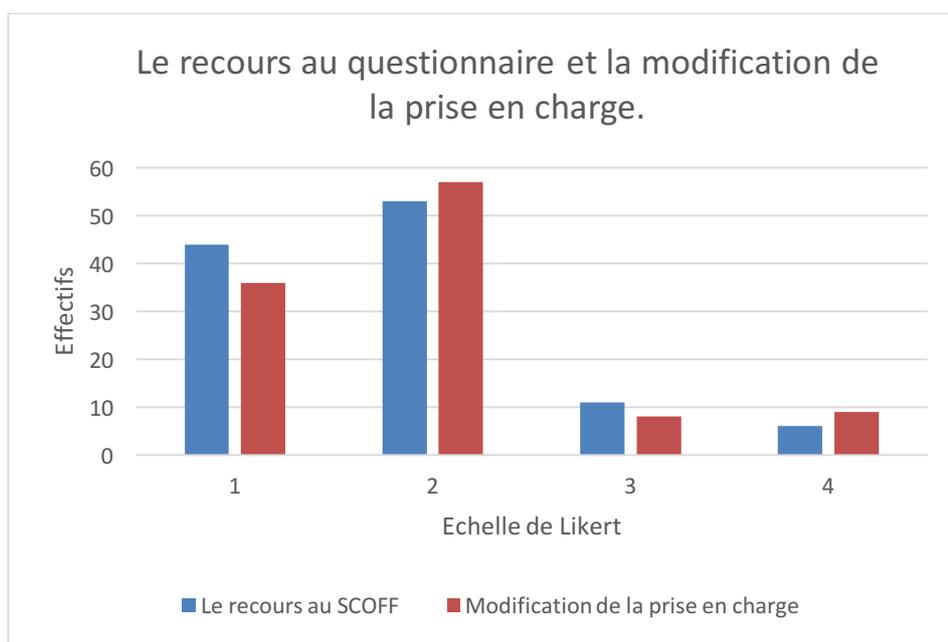
3. Le recours au questionnaire SCOFF

Plus de 85% des médecins estimaient qu'ils pourraient avoir recours au SCOFF dans leur pratique quotidienne (38,59% IC95%[29,1-46,9] d'accord ; 46,5% (IC95%[36,9-45,1]) plutôt d'accord). 14,9% déclaraient ne pas souhaiter l'utiliser (9,65% (IC95%[3,3-14,7]) plutôt pas d'accord et 5,26% (IC95% [1,2-9,2]) pas d'accord).

4. La modification de la prise en charge en cas de SCOFF positif

En cas de SCOFF positif, 32,72% (IC95%[22,0-40,0]) des médecins étaient d'accord, et 51,81% (IC 95%[41,7-60,3]) étaient plutôt d'accord avec le principe de modifier leur prise en charge médicale. 7,27% (IC95%[2,3-11,7]) des médecins n'étaient plutôt pas d'accord avec le fait de changer leur prise en charge et 8,18% (IC95%[3,0-13,0]) ne la changeraient pas.

Histogramme 8 : Corrélation entre le recours au SCOFF et la modification de la prise en charge des patients



1 : D'accord

2 : Plutôt d'accord

3 : Plutôt pas d'accord

4 : Pas d'accord

III. L'analyse bivariée

Le but de l'analyse bivariée était d'évaluer si certains éléments du profil démographique et professionnel des médecins (l'âge, l'ancienneté, le sexe, le milieu d'exercice, le type d'exercice) étaient corrélés à une utilisation plus aisée du SCOFF. L'analyse s'est donc concentrée sur 3 questions du questionnaire portant sur le SCOFF. (Cf annexe 5)

1. Corrélation entre le profil du praticien et les réponses à la question : le SCOFF complète-il la clinique ?

Selon l'analyse multivariée par régression logistique, il ressort que l'ancienneté des médecins facilitait l'utilisation du SCOFF en complément de la clinique ($p < 0,05$).

2. Corrélation entre le profil du praticien et le recours au SCOFF ?

L'analyse multivariée n'a pas mis en évidence d'association significative entre le profil des médecins, leur mode d'exercice et le recours plus aisé au SCOFF.

3. Corrélation entre le profil du praticien et la modification de la prise en charge du patient en cas de SCOFF positif ?

Aucune association significative n'a été mise en évidence entre le mode d'exercice, le profil des médecins et la modification de la prise en charge des patients en cas de SCOFF positif.

DISCUSSION

I. Discussion autour de l'échantillon

L'échantillon de départ a été tiré au sort pour plus de représentativité et pour diminuer les biais.

Le taux de réponse obtenu suite à l'envoi de 328 questionnaires est de 36,28%, soit 119 questionnaires réponses. L'objectif fixé au départ pour le taux de réponse est donc atteint (cf paragraphe « méthode »). Ce taux de réponse élevé pour ce type d'étude peut s'expliquer par :

- la relance téléphonique des médecins dans les 15 jours qui ont suivi l'envoi.
- la facilité de retour avec les enveloppes pré-timbrées et pré-adressées.

A. Démographie médicale et représentativité de l'échantillon.

1. Parité Homme-Femme

Pour rappel, l'échantillon qui a reçu le questionnaire se compose de 69,2% d'hommes et de 30,8% de femmes. En janvier 2015, les données démographiques en France métropolitaine dénombrent 86450 médecins généralistes parmi lesquels il y a 44,9% de femmes et 55,1% d'hommes (15).

Il y a donc une différence de répartition « Homme-Femme » entre notre échantillon et les dernières données démographiques. Cela peut s'expliquer par l'ancienneté des registres dont est issue la population de départ.

Il ressort également de mes résultats, une différence de proportion entre les hommes et les femmes dans la tranche d'âge 30-50ans. Au sein de mon échantillon, 9,64% des hommes ont entre 40 et 50ans contre 21,62% des femmes. Seul 10,84% des hommes ont entre 30 et 40ans contre 18,91% de femmes. En 2014, les femmes représentaient 58% de la jeune profession (16).

Ces éléments confirment la féminisation de la profession. Cependant, un biais de réponse peut être induit par l'intérêt porté par les médecins de sexe féminin au dépistage des TCA.

2. Age de l'échantillon

La moyenne d'âge nationale actuelle des médecins généralistes est de 52 ans. Celle de notre échantillon réponse est presque superposable avec une moyenne d'âge de 54ans (15).

a) L'âge des médecins de sexe masculin

En 2014, la moyenne d'âge chez les médecins de sexe masculin était de 57 ans (16). Au sein de notre échantillon, 44,57% des hommes ont plus de 60ans.

Les médecins de sexe masculin de mon échantillon sont donc plus âgés par rapport aux données actuelles.

b) L'âge des médecins de sexe féminin

Les résultats concernant l'âge des médecins de sexe féminin se superposent approximativement aux données actuelles de l'ordre des médecins (15).

3. La démographie

a) Répartition des médecins par région

Les régions où les médecins m'ont le plus répondu sont :

- la région Grand Est
- la région Auvergne-Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur
- la région Ile de France

Et la région Nouvelle-Aquitaine.

Cela peut être expliqué par la forte densité de médecins généralistes dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, pour le littoral de la région Nouvelle-Aquitaine et pour trois départements du Grand Est (15).

En ce qui concerne les autres régions, les Hauts-de-France frôle de peu les 10% de réponse(9,32% [4,1-14,6]). Les six dernières régions ont des effectifs de médecins généralistes moindres se répercutant sur mes résultats. (cf annexe 3)

b) Les milieux d'exercice

Sans surprise, plus de la moitié des médecins exercent en milieu urbain (52,1%). La proportion de médecins exerçant en milieu semi-rural (26,9%) et en milieu rural (21%) sont proches.

Dans mes résultats, j'ai pu constater que le pourcentage de médecins de sexe féminin (34% [7,7-34,3]) exerçant en milieu rural est plus important que le pourcentage d'hommes (19,3% [11,0-27,0]). Cet élément se superpose aux données actuelles. En effet, d'après le dernier rapport de l'ordre des médecins la féminisation des régions rurales comme la Franche-Comté est plus rapide que dans les régions urbaines (17).

B. Le profil professionnel des médecins

1. La spécialité médicale

La médecine générale libérale a été privilégiée au sein de mon échantillon de départ. Toutefois, les médecins scolaires, de PMI, les médecins du travail et les urgentistes auraient pu être d'avantage sollicités. D'ailleurs, dans mon étude, un seul médecin est salarié et seulement quatre ont une activité mixte (salarié et cabinet de groupe).

2. Le mode d'exercice

La majorité des médecins dans mon étude exerce en cabinet de groupe (48,3% [38,0-56,0]).

On peut l'expliquer, car :

-selon une récente étude, l'exercice en cabinet de groupe est en augmentation depuis les années 1980 (17).

- d'après cette même étude, les médecins en cabinet de groupe consacraient plus de temps dans les activités de formation professionnelle dont peuvent faire partie les travaux de thèse (17).

La récente apparition des MSP explique leur faible pourcentage (7,62% [2,4-11,6]) dans mes résultats.

3. L'ancienneté et l'expérience

Pour rappel, mon échantillon a une proportion de médecin de sexe masculin de plus de 60ans non négligeable.

Ils ont plus d'expérience et ont donc été davantage confrontés à des patient(e)s atteint(e)s de TCA. Leur intérêt envers mon travail de thèse a sûrement été ainsi plus important. De plus comme l'a montré l'analyse multivariée l'ancienneté des médecins facilitent l'utilisation du SCOFF en complément de la clinique.

4. Les médecins face à l'AM et la Boulimie

Il existe un biais d'auto-sélection dans mon étude. 97,47% des médecins m'ayant renvoyé leur questionnaire, ont déjà été confrontés à des patientes atteintes d'AM ou de boulimie. L'absence de réponses des médecins n'ayant jamais eu de patient(e)s atteint(e)s de TCA, ne me permet pas de connaître leur opinion concernant le SCOFF.

II. Discussion autour des résultats

1. La connaissance du SCOFF

Plus de 90% des médecins n'avaient pas connaissance de l'existence du SCOFF. En médecine générale, l'emploi des questionnaires ou QAA est souvent complexe de part leur aspect déshumanisé et le manque d'adaptation à la consultation des médecins généralistes (9). Toutefois, suite à la découverte du SCOFF, 10 médecins avaient déjà pu l'utiliser avant de me retourner leurs réponses.

2. La faisabilité du SCOFF

a) La rapidité du test

Plus de 98% des médecins sont en accord avec le fait que le SCOFF soit rapide à effectuer. En effet, les consultations de médecine générale durent en moyenne un quart d'heure ; il fallait qu'il puisse être réalisable aisément lors d'une consultation de routine. D'après l'étude réalisée à Londres, le SCOFF serait réalisable en deux minutes environ (10).

b) Comment utiliser le SCOFF ?

La majorité des médecins utiliserait plus facilement le SCOFF par voie orale que par voie écrite. A noter que seulement 46 médecins ont donné leurs réponses aux deux questions. Les autres ont uniquement répondu soit à la question 10/a soit à la question 10/b. La voie orale semble plus adaptée aux consultations de médecine générale. Cependant, au cours d'une thèse réalisée en 2013, le questionnaire SCOFF a été testé par écrit sur des patients âgés de 15 à 45 ans en médecine générale. La voie écrite n'a, semble-t-il, pas posé de problème (8).

c) Facilité de mémorisation du SCOFF

Afin que le SCOFF puisse être réalisé de manière intuitive et spontanée lors de la consultation, il est important de pouvoir facilement retenir les questions. Quasiment 90% des médecins trouvent que les cinq questions du SCOFF sont facilement mémorisables.

d) La réaction des patients face au SCOFF

Une majorité de médecins ne pense pas que leurs patient(e)s soient décontenancé(e)s par les questions du SCOFF. Toutefois, on note un pourcentage plus élevé de médecins qui craignent d'offenser les patient(e)s dans la tranche d'âge 12-25 ans. Cela pourrait induire une certaine réticence à l'utilisation du SCOFF chez les adolescentes et les adultes jeunes.

Malgré tout, cela reste subjectif selon le patient, son vécu, son histoire, son ressenti et la relation établie avec lui.

3. L'utilité du SCOFF

a) Le SCOFF et le dépistage de masse

Les trois-quarts des médecins interrogés utiliseraient le SCOFF dans le dépistage de masse aussi bien chez les adolescents et les adultes jeunes que chez les 25-45ans. Toutefois, dans le cadre d'un dépistage de masse, il faudrait se méfier du risque d'augmentation du nombre de faux positifs (18). En effet, le SCOFF n'est, à l'heure actuelle, validé que dans le dépistage ciblé, dans un contexte de suspicion d'AM ou de boulimie (11). De plus, l'usage de cet outil dans le dépistage de masse sous entend une prise en charge et un traitement curatif à la clé.

Il a été démontré que les médecins généralistes ont souvent des difficultés à orienter leurs patients dans des réseaux de soins spécialisés (19). Un surplus de faux positif viendrait complexifier la prise en charge psychiatrique de ces patients.

b) L'influence du SCOFF sur le changement de prise en charge thérapeutique.

Plus des trois-quarts des médecins interrogés estiment pouvoir avoir recours au questionnaire SCOFF face à une suspicion d'AM ou de boulimie. En cas de résultat positif au SCOFF, plus de 80% des médecins modifieraient leur prise en charge. Or, on rappelle que le retard diagnostique reste une problématique majeure. Ainsi, ces données nous incitent vivement à diffuser et faire connaître ce questionnaire dans le cadre d'un dépistage ciblé.

D'après la littérature, l'utilisation du SCOFF doit être motivée par des signes d'appel tels que :

- l'asthénie, l'amaigrissement
- la cassure des courbes staturo-pondérales
- les vomissements, ou la suspicion de pathologies endocriniennes (13 ,14).

III. Discussion autour de la méthodologie

A. Limites et biais de l'étude

Cette étude est impactée par le manque de représentativité de notre échantillon de départ. Cet élément a pu induire des biais de sélection et de réponse.

Le fait que certains médecins n'aient pas répondu à l'ensemble des questions pourrait s'expliquer par l'incompréhension de certaines questions.

Dans l'étude, moins de 3% des médecins n'ont jamais été confrontés à un cas d'AM ou de boulimie. Il est donc difficile d'étudier l'utilité du SCOFF chez ces médecins.

B. Forces de l'étude.

Une des forces de l'étude est que l'enquête ait été réalisée au niveau national. De plus, la sélection de l'échantillon par tirage au sort diminue les biais de recrutement.

Le taux de réponses élevé renforce la validité interne de l'étude.

Les médecins ayant répondu sont plus âgés et donc plus expérimentés, ce qui renforce la valeur des réponses.

CONCLUSION

Le dépistage de l'AM et de la boulimie en médecine de soins primaires est souvent complexe et nécessite plusieurs consultations. Il existe fréquemment un retard de diagnostic.

Le questionnaire « SCOFF » a été validé il y a plus de 10ans pour simplifier le dépistage des TCA. Son utilisation en complément du suivi staturo-pondéral est fortement plébiscité par les recommandations de 2010 de la HAS.

Peu connu des praticiens, il n'est presque pas employé.

Notre étude a montré qu'une majorité de médecins juge ce questionnaire faisable et utile en pratique de soins primaires. Ils seraient prêts à l'utiliser face à une suspicion d'AM ou de boulimie et modifieraient leur prise en charge en cas de SCOFF positif.

Elle démontre ainsi l'intérêt de faire connaître et de diffuser largement le SCOFF auprès des médecins de soins primaires.

Grâce à son utilisation en complément de la clinique, nous pourrions affiner le repérage et la prise en charge précoce de ces troubles, améliorant ainsi le pronostic des patients qui en sont atteints.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. GRIGIONI S, DECHELOTTE P. Épidémiologie et évolution des troubles du comportement alimentaire. *Médecine & Nutrition*. 2012 ;48(1) :28-32.
2. LAMAS.C, SHANKLAND.R, NICOLAS.I, GUELFY J-D. Les troubles du comportement alimentaire. Septembre 2012(Elsevier Masson).
3. Loi santé : un amendement contre l'extrême maigreur des mannequins [Internet]. [cité 4 août 2015]. Disponible sur: http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/loi-sante-un-amendement-contre-l-extreme-maigreur-des-mannequins_1661472.html
4. AFP. Un député s'attaque à l'apologie de l'anorexie. Mars 2015. Libération http://www.liberation.fr/societe/2015/03/16/un-depute-s-attaque-aux-mannequins-anorexiques_1221573
5. BALSAN.G, CARROT.B, GODART.N, HOFMANN.M, HUAS.C, PIOT.M-A, VAN EFFENTERRE.A, CORCOS.M. L'anorexie mentale. *La revue du praticien médecine générale*. Avril 2014;(N°919)
6. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Anorexie mentale : prise en charge. Synthèse des recommandations de bonnes pratiques [Internet]. 2010 [cité 9 juin 2015]; Disponible sur:http://www.jle.com/fr/revues/met/edocs/recommandations_de_bonne_pratique._a_norexie_mentale_prise_en_charge_291436/article.phtml
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Feeding and eating disorder. 2013. Manuel DSM-V.
8. TRACCUCI E. Evaluation en médecine de soins primaires chez des patients entre 15 et 45 de l'auto-questionnaire SCOFF-F dans le dépistage des troubles du comportement alimentaire en comparaison aux pratiques habituelles. [cité 9 juin 2015];<http://theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20%20NGUYEN%20Ang%C3%A9line%201022014.pdf>
9. LEVEQUE M, DRAHI E, LE NOC Y. Auto-questionnaires médicaux : une piste d'amélioration des soins ? Sept 2008 N°806 *La revue du praticien médecine générale*.
10. LUCK.AJ, MORGANLUCK JF, REID F, O'BRIEN A, BRUNTON J, PRICE C, et al. The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice : comparative study. *Bmj*. 2002 ;325(7367):755-6.

11. GARCIA FD, GRIGIONI S, CHELALI S, MEYRIGNAC G, THIBAUT F, DECHELOTTE P. Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2010 ;11(7):888-93.
12. version française du SCOFF S-F. Anorexie mentale : prise en charge. Recommandations de bonne pratique, juin 2010. *Nutrition clinique et métabolisme*. 2011 ;25 :57-74.
13. ARISTE_ZELISE C. Modalités du diagnostic de l'anorexie mentale de l'adolescent par le médecin généraliste en ambulatoire [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine ; 2013.
14. DOS SANTOS J. Qualité du diagnostic de l'anorexie mentale chez l'adolescent auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
15. RAULT JF, LE BRETON, LEROUVILLOIS G Atlas de la démographie médicale en France. Janvier 2015.<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
16. CRISTOFARI. Démographie médicale : généralistes en baisse, spécialistes en hausse [Internet]. Syndicat MGFrance. [cité 18 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/545-demographie-medicale-generaliste-en-baisse-specialistes-en-hausse>
17. BAUDIER F, BOURGUEIL Y, EVRARD I, GAUTIER A, LE FUR P, MOUSQUES J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Questions d'économie de la santé* [Internet]. 2010 [cité 8 juill 2016];157(6). Disponible sur: <http://www.egora.com/sites/default/files/Qes157.pdf>
18. Revue prescrire. Guide Has anorexie mentale : un consensus pour les spécialistes. *Prescrire* mars 2011; Tome 31(N°329):p229.
19. DOUCET M. MODALITES DE PRISE EN CHARGE DE L'ANOREXIE MENTALE RESTRICTIVE PURE : ENQUETE RETROSPECTIVE AUPRES DE 545 MEDECINS GENERALISTES EXERÇANT EN CABINET DE VILLE DANS LE BASSIN LILLOIS. 2011 [cité 9 juin 2015]; Disponible sur: http://medecine.wifeo.com/documents/THESE_ANOREXIE_MENTALE-_MD.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Le questionnaire de l'étude.

« Questionnaire SCOFF-F : Enquête auprès des médecins généralistes français afin d'en évaluer sa faisabilité et son utilité. »

Partie 1 : Critères démographiques

1/ Quel est votre sexe ?

Homme

Femme

2/ Quel âge avez vous ?

3/ Dans quel département exercez-vous ?

4/ Exercez vous en milieu :

1- Urbain

2-Semi-rural

3- Rural

5/ Vous exercez :(entourez la réponse exacte)

1-Seul : libéral

2-Cabinet de groupe

3-MSP(maison de santé pluriprofessionnelle)

4-Salarié

6/ Combien d'années d'installation avez-vous à votre actif?

7/ Avez vous (dans votre patientèle) ou avez -vous déjà rencontrés des patient(e)s souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie ?

Oui

Non

(en cas de réponse négative vous pouvez continuer de répondre à la suite du questionnaire)

Partie 2 : Concernant le questionnaire SCOFF-F (ci-joint dans votre enveloppe avec le courrier explicatif de mon projet de thèse)

| Questions | 1- Tout à fait d'accord | 2-Plutôt d'accord | 3- Plutôt pas d'accord | 4- Pas d'accord |
|--|-------------------------|-------------------|------------------------|-----------------|
| 1/ Avez-vous connaissance de l'existence du SCOFF avant réception de ce courrier ? | | | | |
| 2/Avez-vous utilisé ce questionnaire depuis sa réception ? | | | | |
| 3/Si « oui ou un peu » dans quelle tranche d'âge ? | | | | |
| a-12-25ans | | | | |
| b- 25-45ans | | | | |
| c_Plus de 45 ans | | | | |
| 4/ Pensez-vous que les patients puissent y répondre sans en être décontenancés ? | | | | |
| a- 12-25ans | | | | |
| b- 25-45ans | | | | |
| 5/ Est-il rapide à réaliser ? | | | | |
| 6/Les questions vous semblent-elles facilement mémorisables ? | | | | |
| 7/ Ce test complète-t-il la clinique ? | | | | |
| 8/ Ce questionnaire vous semble-t-il utilisable comme outil de dépistage de masse chez les | | | | |
| a- 12-25 ans ? | | | | |
| b-Chez les 25-45 ans ? | | | | |
| 9/Pensez-vous avoir recours à ce questionnaire?(si suspicion d'anorexie mentale ou de boulimie) ? | | | | |
| 10/Si « tout à fait d'accord ou plutôt d'accord » comment l'utiliseriez-vous : | | | | |
| a- Par voie orale | | | | |
| b- Par écrit | | | | |
| 11/ Si le résultat au SCOFF-F est positif , modifieriez vous votre prise en charge ? | | | | |

Annexe 2 : Courrier explicatif de l'étude.

Monsieur, Madame

Je suis actuellement interne en médecine Générale en fin de cursus à L'université de Lille.

Dans le cadre de mon projet de thèse, je réalise une enquête afin d'évaluer l'utilité et la faisabilité du questionnaire SCOFF-F en médecine Générale.

Nous savons désormais que le dépistage précoce des troubles du comportement alimentaire améliore le pronostic de ces maladies. Le médecin généraliste est le mieux placé pour dépister ce type de troubles.

Le questionnaire SCOFF-F est un questionnaire simple, composé de 5 questions qui permettent de dépister l'anorexie mentale et la boulimie.

Voici le questionnaire SCOFF-F :

Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?

Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?

Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en 3 mois ?

Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?

Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

Les modalités de réponses sont oui/non, un point est donné pour chaque « oui ». Un score de 2 indique une possibilité d'anorexie mentale ou de boulimie. Il peut être utilisé à l'oral ou à l'écrit. Je vous adresse ci-joint mon questionnaire en rapport avec mon enquête. Il se compose de deux parties :

-La première me permettra de lister les critères démographiques facilitant l'utilisation du SCOFF-F.

-La seconde se compose de 11 questions relatives à l'utilité et la faisabilité du SCOFF. (Réponse sous forme d'échelle de LIKERT). Je m'en remets à votre jugement et à votre expérience afin d'avoir votre ressenti quand à l'utilisation et la praticité de ce questionnaire en consultation de médecine Générale.

J'ai mis à votre disposition une enveloppe pré-timbrée afin de me faire parvenir vos réponses.

Je vous serez vraiment très reconnaissante de prendre un peu de votre temps afin de m'aider dans la réalisation de cette étude.

Bien cordialement

Annexe 3 : Tableaux récapitulatifs des résultats

Tableaux statistiques données démographiques

Répartition selon le sexe des médecins généralistes

| | Nombre | Pourcentage% | Marge erreur | IC95% |
|---------------|--------|--------------|--------------|-------------|
| Hommes | 83 | 69,7478 | 0,098 | [59,8-79,6] |
| Femmes | 36 | 30,25 | 0,2598 | [4,2-56,2] |
| NA | 7 | 5,555 | | |

NA = Réception de questionnaire auxquels les médecins n'ont pu répondre pour des raisons de changement de carrière, de départ en retraite, ou de questionnaire non complété dans son intégralité.

Age des médecins interrogés selon leur sexe

| | >= 60ans | [50-60ans[| [40-50ans[| [30-40ans[| <30ans |
|----------------------------------|--------------|--------------|-------------|-------------|------------|
| Effectif femmes et hommes | 39 | 47 | 16 | 16 | 1 |
| Pourcentage% | 32,773 | 39,496 | 13,445 | 13,445 | 0,84033 |
| Marge erreur | 0,0843 | 0,0878 | 0,060 | 0,060 | 0,0164 |
| IC 95% | [24,33-41,2] | [30,7-48,2] | [7,0-19,0] | [7,0-19,0] | [-0,8-2,5] |
| Effectif femmes | 3 | 18 | 8 | 7 | 1 |
| Pourcentage % | 8,108 | 48,64 | 21,62 | 18,91 | 2,702 |
| Marges | 0,087 | 0,161 | 0,132 | 0,126 | 0,0522 |
| IC 95% | [-0,68-16,9] | [32,53-64,7] | [8,4-34,8] | [6,3-31,5] | [-2,5-7,9] |
| Effectif hommes | 37 | 29 | 8 | 9 | |
| Pourcentages% | 44,57% | 34,939% | 9,638 | 10,84 | |
| Marges | 0,1069 | 0,10256 | 0,063 | 0,066 | |
| IC 95% | [33,8-55,2] | [24,6-45,1] | [3,30-15,9] | [4,15-17,5] | |

n femme : 37

n Hommes : 83

Statistiques sur l'âge des médecins interrogés :

| | |
|--------------|---------------|
| Effectif | 6418 |
| Moyenne | 53,93 |
| Médiane | 56 |
| Ecart Type | 10,38 |
| MIN | 27 |
| MAX | 81 |
| Marge erreur | 0,2541 |
| IC 95% | [53,67-54,18] |

Secteur d'exercice des médecins interrogés, répartition selon leur sexe

| | Urbain | Semi-rural | Rural |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Effectif femme et homme | 62 | 32 | 25 |
| Pourcentage% | 52,1 | 26,89 | 21,008 |
| Marge erreur | 0,089 | 0,078 | 0,073 |
| IC95% | [43,1-60,9] | [18,1-33,9] | [13,7-28,3] |
| Effectif hommes | 43 | 24 | 16 |
| Pourcentage% | 51,8 | 28,91 | 19,27 |
| Marge erreur | 0,055 | 0,096 | 0,084 |
| IC95% | [46,0-56,0] | [19,0-37,0] | [11,0-27,0] |
| Effectif femme | 19 | 8 | 9 |
| Pourcentage% | 52,77 | 22,2 | 34 |
| Marge erreur | 0,163 | 0,135 | 0,133 |
| IC 95% | [36,0-68,0] | [8,5-35,5] | [7,7-34,3] |

Répartition des médecins interrogés selon le type d'activité

| | Seul | Groupe | MSP | Salarié | Groupe/Salarié |
|-----------------------|-------------|-------------|------------|-------------|----------------|
| Femmes | 8 | 24 | 2 | 0 | 2 |
| Hommes | 39 | 33 | 7 | 1 | 2 |
| Femmes+Hommes | 47 | 57 | 9 | 1 | 4 |
| Pourcentages % | 39,83 | 48,3 | 7,62 | 0,84 | 3,39 |
| Marge erreur | 0,088 | 0,090 | 0,046 | 0,008 | 0,031 |
| IC 95% | [30,2-47,8] | [38,0-56,0] | [2,4-11,6] | [0,04-1,68] | [0,23-6,37] |

Nombre d'années d'installation selon le sexe

| | >=30ans | >=20ans | >=10ans | >=5ans | <5ans |
|---------------|---------|---------|---------|--------|-------|
| Femmes | 8 | 20 | 28 | 33 | 3 |
| Hommes | 40 | 64 | 73 | 77 | 6 |
| Total | 48 | 84 | 101 | 110 | 9 |

| | >= 30ans | [20-30ans[| [10-20ans[| [5-10ans[| <= 5ans |
|----------------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|
| Effectifs | 48 | 36 | 17 | 9 | 9 |
| Pourcentages% | 40,33 | 30,25 | 14,28 | 7,56 | 7,56 |
| Marges erreur | 0,088 | 0,082 | 0,062 | 0,047 | 0,047 |
| IC95% | [31,5-49,1] | [22,0-38,4] | [7,7-20,5] | [3,5-11,5] | [3,5-11,5] |

Nombre de médecins interrogés ayant des patientes atteintes de Boulimie ou Anorexie

| | Malade | Non malade | |
|--------------|--------|------------|-----|
| Femmes | 36 | 0 | 36 |
| Pourcentage% | 100 | 0 | |
| Marge | 0 | 0 | |
| Hommes | 80 | 3 | 83 |
| Pourcentage% | 96,38 | 3,6144 | |
| Marge erreur | 0,0401 | 0,103 | |
| Femme+Hommes | 116 | 3 | 119 |
| Pourcentage% | 97,47 | 2,521 | |
| Marge erreur | 0,028 | 0,028 | |

Mesures IC 95% des médecins selon leur sexe, ayant des patientes malades et non malades .

| | IC 95 Malade | IC 95 Non malade |
|---------------|--------------|------------------|
| Médecin Femme | 100-100 | 0-0 |
| Médecin Homme | 92,3-100,3 | 25,8-46,47 |
| Médecin H+F | 94,64-100,29 | -0,305-5,3 |

Répartition sur le territoire métropolitain des médecins ayant répondu :

| | Effectifs | Pourcentage% | Marge erreur | IC95% |
|-----------------------------|-----------|--------------|--------------|------------|
| Hauts de France | 11 | 9,32 | 0,0524 | [4,1-14,6] |
| Grand Est | 15 | 12,71 | 0,06 | [6,7-18,7] |
| Bourgogne Franche comté | 2 | 1,7 | 0,023 | [-0,6-4,0] |
| Auvergne- Rhône alpes, | 17 | 14,4 | 0,063 | [8,1-20,7] |
| Provence Alpes côte azur | 12 | 10,17 | 0,054 | [4,6-15,5] |
| Occitanie | 11 | 9,32 | 0,052 | [4,1-14,6] |
| Nouvelle Aquitaine | 15 | 12,71 | 0,06 | [6,7-18,7] |
| Centre Val de Loire | 5 | 4,23 | 0,0363 | [0,6-7,9] |
| Pays de La Loire | 6 | 5,08 | 0,04 | [1,1-9,0] |
| Bretagne | 4 | 3,39 | 0,033 | [0,1-6,6] |
| Normandie | 7 | 5,93 | 0,043 | [1,6-10,2] |
| Ile de France | 13 | 11 | 0,056 | [5,4-16,6] |

n=118

Statistiques concernant les questions en rapport avec l'utilité et la faisabilité du questionnaire SCOFF.

Question N°1 :

Aviez vous connaissance de l'existence du SCOFF avant réception de ce courrier ?

| | Tout a fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas d'accord |
|---------------|----------------------|-----------------|---------------------|--------------|
| Effectifs | 6 | 5 | 5 | 98 |
| Pourcentages% | 5,36% | 4,38% | 4,38% | 85,96% |
| Marges erreur | 0,0209 | 0,0375 | 0,0375 | 0,0655 |
| IC 95% | [1,17-9,09] | [0,81-7,95] | [0,81-7,95] | [78,5-91,5] |
| | | | | |

n=114

Sur les 119 personnes ayant répondu au questionnaire
5 n'ont pas répondu à cette question.

Question N°2 :

Aviez vous utilisé ce questionnaire depuis sa réception ?

| | Tout a fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas d'accord |
|-----------------|----------------------|-----------------|---------------------|--------------|
| Effectifs | 2 | 8 | 6 | 98 |
| Pourcentages% | 1,75% | 7,01% | 5,26% | 85,96% |
| Marges d'erreur | 0,024 | 0,0468 | 0,0407 | 0,0655 |
| IC 95% | [-0,65-4,15] | [2,4-11,6] | [1,0-9,0] | [78,5-91,5] |

n=114

5 questionnaires sans réponses sur cette question / les 119 obtenus.

Question N°3 :

Si réponse « oui » ou « plutôt d'accord » dans quelle tranche d'âge avez vous utilisé le questionnaire :

100 non réponse à cette question car quasi l'intégralité des médecins n'avaient pas eu recours au questionnaire depuis sa réception.

2 médecins l'avaient utilisé chez des patients agés de 12-25ans

2 médecins l'avaient utilisé chez des patients de 12-25ans et 25-45 ans

2 L'avaient plutôt utilisé chez les 12-25ans,

1 l'avait plutôt utilisé chez les 25-45ans

Remise en question quant à l'utilité de cette question dans le questionnaire.

Question N°4 :**Pensez vous que les patients puissent y répondre sans en être décontenancés ?****Question N°4a : Pour les 12-25ans ?**

| | Tout à fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas d'accord |
|----------------|----------------------|-----------------|---------------------|--------------|
| Effectifs | 38 | 54 | 15 | 5 |
| Pourcentages % | 33,93% | 48,21% | 13,39% | 4,46% |
| Marges erreur | 0,087 | 0,0925 | 0,0622 | 0,0382 |
| IC 95% | [24,3-41,7] | [38,8-57,2] | [7,0-19,0] | [0,64-8,28] |

n=112

7 médecins ayant répondu au questionnaire n'ont pas répondu à cette question

Question N°4b : Pour les 25-45ans ?

| | Tout a fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas d'accord |
|---------------|----------------------|-----------------|---------------------|--------------|
| Effectif | 46 | 54 | 8 | 4 |
| Pourcentage % | 41,07% | 48,21% | 7,14% | 3,57% |
| Marges erreur | 0,091 | 0,0925 | 0,0472 | 0,0344 |
| IC 95% | [32,0-50,0] | [38,8-57,4] | [2,42-11,86] | [0,17-6,97] |

n=112

7 médecins ayant répondu au questionnaire n'ont pas répondu à cette question

Question N°5 : Est-il rapide à réaliser ?

| | Tout a fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas d'accord |
|--------------|----------------------|-----------------|---------------------|--------------|
| Effectif | 79 | 32 | 1 | 0 |
| Pourcentage% | 70,53% | 28,57% | 0,89% | 0% |
| Marge erreur | 0,0848 | 0,0831 | 0,0173 | 0 |
| IC 95% | [62,1-79,0] | [19,7-36,3] | [-0,81-2,59] | |

n=112

7 non réponses à cette question.

Question N°6 :**Les questions vous semblent-elles facilement mémorisables ?**

| | Tout a fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas d'accord |
|---------------|----------------------|-----------------|---------------------|--------------|
| Effectifs | 64 | 36 | 12 | 0 |
| Pourcentages% | 57,52% | 31,85% | 10,61% | 0% |
| Marges erreur | 0,0912 | 0,0859 | 0,0567 | |
| IC 95% | [48,0-66,0] | [23,2-40,4] | [4,9-16,2] | |

n=113 ;6 médecins n'ont pas répondu à cette question.

Question N°7 :**Ce test complète-t-il la clinique ?**

| | Tout a fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas d'accord |
|--------------|----------------------|-----------------|---------------------|--------------|
| Effectifs | 54 | 53 | 1 | 3 |
| Pourcentages | 48,64% | 47,74% | 0,90% | 2,70% |
| Marge erreur | 0,0929 | 0,0928 | 0,017 | 0,0301 |
| IC 95% | [38,8-57,2] | [37,8-56,2] | [-0,8-2,6] | [-0,3-5,7] |

n=111

8 médecins n'ont pas répondu à cette question.

Question N°8 :**Ce questionnaire vous semble-t-il utilisable comme outil de dépistage de masse :****Question 8a : Chez les 12-25ans ?**

| | Tout a fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas d'accord |
|----------------|----------------------|-----------------|---------------------|--------------|
| Effectifs | 35 | 46 | 24 | 6 |
| Pourcentages% | 31,53% | 41,44% | 21,62% | 5,40% |
| Marges erreurs | 0,086 | 0,091 | 0,075 | 0,040 |
| IC 95% | [22,4-39,6] | [31,9-50,1] | [13,5-28,5] | [1,0-9,0] |

n=111

8 médecins n'ont pas répondu à cette question parmi ceux ayant répondu au reste du questionnaire.

Question 8b : Chez les 25-45ans ?

| | Tout a fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas d'accord |
|---------------|----------------------|-----------------|---------------------|--------------|
| Effectif | 32 | 50 | 20 | 6 |
| Pourcentages% | 29,62% | 46,29% | 18,51% | 5,55% |
| Marges erreur | 0,0855 | 0,0938 | 0,0724 | 0,0574 |
| IC 95% | [21,1-38,2] | [36,9-55,6] | [11,3-25,7] | [1,39-9,61] |

n=108

11 médecins n'ont pas répondu à cette question

Question N°9 :

Pensez vous avoir recours à ce questionnaire en cas de suspicion d'anorexie mentale ou de Boulimie ?

| | Tout a fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas d'accord |
|---------------|----------------------|-----------------|---------------------|--------------|
| Effectifs | 44 | 53 | 11 | 6 |
| Pourcentages% | 38,59% | 46,49% | 9,649% | 5,263% |
| Marges erreur | 0,089 | 0,091 | 0,057 | 0,040 |
| IC 95% | [29,1-46,9] | [36,9-55,1] | [3,3-14,7] | [1,2-9,2] |

n=114

5 non réponse

Question N°10 :

Si votre réponse à la question 9 est « tout à fait d'accord » ou « Plutôt d'accord » comment utiliseriez vous le questionnaire :

Question N°10 a : Par voie orale ?

| | Tout a fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas d'accord |
|---------------|----------------------|-----------------|---------------------|--------------|
| Effectifs | 54 | 39 | 4 | 0 |
| Pourcentages% | 55,60% | 40,20% | 4,12% | 0% |
| Marge erreur | 0,099 | 0,097 | 0,039 | 0 |
| IC 95% | [45,1-64,9] | [30,3-49,7] | [0,2-8,0] | 0 |

n=97

22 non réponses

Question N°10b : Par écrit ?

| | Tout a fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas d'accord |
|---------------|----------------------|-----------------|---------------------|--------------|
| Effectifs | 8 | 15 | 26 | 19 |
| Pourcentages% | 11,74% | 22,058% | 38,23% | 27,94% |
| Marge erreur | 0,074 | 0,0984 | 0,115 | 0,105 |
| IC 95% | [4,0-18,0] | [12,2-31,8] | [26,5-49,5] | [16,5-37,5] |

n=68

51 non réponses

Question N°11 :Si le résultat au SCOFF est positif modifieriez vous votre prise en charge ?

| | Tout à fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas d'accord |
|---------------|----------------------|-----------------|---------------------|--------------|
| Effectifs | 36 | 57 | 8 | 9 |
| Pourcentages% | 32,72% | 51,81% | 7,27% | 8,18% |
| Marge erreur | 0,0871 | 0,0934 | 0,047 | 0,0512 |
| IC 95% | [22,0-40,0] | [41,7-60,3] | [2,3-11,7] | [3,0-13,0] |

n=110

9 non réponses

| Id-medecin | sexe | age | departemen | milieu | type exercic | anciennete | malade |
|--------------|------|------------|------------|--------|--------------|------------|------------|
| 7 | 1 | 31 | 6 | 1 | 2 | 3 | 1 |
| 12 | 0 | 27 | 27 | 1 | 1 | 35 | 1 |
| 15 | 1 | 65 | 44 | 3 | 2 | 37 | 1 |
| 2 | 0 | 53 | 59 | 1 | 2 | 25 | 1 |
| 80 | 1 | 55 | 55 | 3 | 3 | 25 | 1 |
| 6 | 1 | 64 | 85 | 1 | 2 | 38 | 1 |
| 13 | 1 | 57 | 51 | 2 | 2 | 26 | 1 |
| 28 | 1 | 53 | 38 | 1 | 1 | 20 | 1 |
| 41 | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA |
| 44 | 1 | 36 | 41 | 2 | 2 | 7 | 1 |
| 73 | 0 | 52 | 95 | 1 | 2 | 22 | 1 |
| 82 | 0 | 44 | 86 | 2 | 2 | 15 | 1 |
| NA | 1 | 60 | 7 | 1 | 1 | 30 | 1 |
| 98 | 1 | 30 | 39 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| 30 | 1 | 66 | 44 | 3 | 1 | 38 | 1 |
| 17 | 1 | 48 | 37 | 1 | 2 | 16 | 1 |
| 55 | 1 | 55 | 63 | 2 | 1 | 25 | 1 |
| 45 | 0 | 55 | 1 | 1 | 1 | 22 | 1 |
| 40 | 1 | 68 | 62 | 3 | 1 | 39 | 1 |
| 94 | 0 | 39 | 38 | 2 | 2 | 6 | 1 |
| 72 | 1 | 48 | 61 | 1 | 2 | 10 | 1 |
| 57 | 1 | 63 | 69 | 1 | 2 | 30 | 1 |
| 42 | 0 | 44 | 79 | 2 | 2 | 13 | 1 |
| 31 | 1 | 56 | 64 | 2 | 2 | 25 | 1 |
| 22 | 1 | 60 | 31 | 1 | 1 | 26 | 1 |
| 16 | 1 | 65 | 50 | 3 | 1 | 36 | 1 |
| 11 | 0 | 62 | 78 | 1 | 2 | 35 | 1 |
| 10 | 1 | 60 | 75 | 1 | 4 | 30 | 1 |
| 4 | 1 | 52 | 59 | 1 | 1 | 20 | 0 |
| 78 | 1 | 57 | 44 | 1 | 1 | 30 | 1 |
| 52 | 1 | 60 | 84 | 3 | 1 | 35 | 1 |
| 32 | 1 | 54 | 30 | 1 | 2 | 26 | 1 |
| 24 | 0 | 47 | 33 | 1 | 2 | 15 | 1 |
| 85 | 1 | 61 | 93 | 1 | 1 | 36 | 1 |
| 66 | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA |
| 75 | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA |
| 102 | 1 | 63 | 2 | 1 | 2 | 36 | 1 |
| 104 | 1 | 63 | 64 | 1 | 1 | 36 | 1 |
| 113 | 1 | 59 | 66 | 1 | 1 | 30 | 1 |
| 347 | 0 | 62 | 86 | 3 | 2 | 34 | 1 |
| 150 | 1 | 62 | 73 | 1 | 1 | 30 | 1 |
| 165 | 1 | 61 | 31 | 1 | 2 | 35 | 1 |
| 171 | 0 | 58 | 38 | 3 | 2 | 28 | 1 |
| 172 | 1 | 61 | 46 | 3 | 3 | 33 | 1 |
| 184 | 0 | 47 | 60 | 3 | 1 | 15 | 1 |
| 189 | 1 | 76 | 75 | 1 | 1 | 46 | 1 |
| 194 | 1 | 48 | 22 | 3 | 2 | 12 | 1 |
| 200 | 1 | 33 | 33 | 2 | 3 | 3 | 1 |
| 107 | 1 | 53 | 13 | 2 | 1 | 25 | 1 |
| 129 | 0 | 59 | 42 | 1 | 2 | 30 | 1 |
| 158 | 0 | 32 | 11 | 1;2;4 | | 4 | 1 |
| 198 | 1 | 66 | 34 | 2;2;4 | | 37 | 1 |
| 135 | 1 | 46 | 76 | 1 | 1 | 10 | 1 |
| 148 | 1 | 63 | 6 | 2 | 2 | 35 | 1 |
| 149 | 1 | 63 | 76 | 1 | 1 | 36 | 1 |
| 164 | 0 | 58 | 32 | 3 | 3 | 23 | 1 |
| 181 | 0 | 41 | 13 | 2;2;4 | | 10 | 1 |
| 190 | 1 | 36 | 67 | 1;2;4 | | 1 | 0 |
| 130 | 0 | 54 | 63 | 1 | 1 | 28 | 1 |
| 103 | 1 | 65 | 67 | 2 | 2 | 37 | 1 |
| 126 | 1 | 47 | 26 | 3 | 2 | 18 | 1 |
| 139 | 1 | 64 | 32 | 1 | 2 | 37 | 1 |
| 137 | 0 | 39 | 33 | 1 | 2 | 6 | 1 |
| 123 | 0 | 56 | 69 | 1 | 2 | 38 | 1 |
| 182 | 1 | 55 | 44 | 1 | 2 | 25 | 1 |
| 193 | 1 | 55 | 62 | 1 | 1 | 21 | 1 |
| 170 | 0 | 49 | 34 | 2 | 2 | 10 | 1 |
| 105 | 0 | 55 | 6 | 1 | 2 | 5 | 1 |
| 180 | 0 | 57 | 16 | 2 | 1 | 26 | 1 |
| 175 | 1 | 65 | 51 | 2 | 1 | 35 | 1 |
| 132 | 1 | 50 | 14 | 2 | 1 | 20 | 1 |
| 196 | 1 | 67 | 16 | 1 | 1 | 39 | 1 |
| 108 | 1 | 54 | NA | 2 | 2 | 20 | 1 |
| 169 | 0 | 42 | 37 | 2 | 2 | 10 | 1 |
| 166 | 1 | 62 | 71 | 1 | 1 | 33 | 1 |
| 201 | 0 | 36 | 92 | 1 | 2 | 5 | 1 |
| 202 | 1 | 58 | 51 | 2 | 2 | 27 | 1 |
| 205 | 1 | 37 | 29 | 2 | 2 | 9 | 1 |
| 206 | 1 | 58 | 63 | 1;1;4 | | 23 | 1 |
| 207 | 1 | 56 | 50 | 3 | 1 | 23 | 1 |
| 210 | 1 | 67 | 10 | 2 | 1 | 35 | 1 |
| 211 | 0 | 58 | 19 | 3 | 2 | 30 | 1 |
| 215 | 1 | 81 | 54 | 1 | 1 | 52 | 1 |
| 216 | 0 | 31 | 29 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 226 | 1 | 50 | 8 | 2 | 1 | 18 | 1 |
| 228 | 0 | 44 | 31 | 1 | 2 | 10 | 1 |
| 235 | 1 | 61 | 75 | 1 | 1 | 30 | 1 |
| 236 | 0 | 58 | 60 | 1 | 2 | 32 | 1 |
| 237 | 1 | 65 | 6 | 2 | 1 | 38 | 1 |
| 238 | 1 | 54 | 6 | 1 | 2 | 21 | 1 |
| 239 | 1 | 48 | 38 | 1 | 2 | 16 | 1 |
| 244 | 1 | 59 | 32 | 2 | 1 | 32 | 1 |
| 245 | 1 | 52 | 8 | 2 | 1 | 22 | 1 |
| 249 | 1 | 62 | 83 | 2 | 2 | 36 | 1 |
| 251 | 0 | 56 | 88 | 3 | 1 | 31 | 1 |
| 254 | 0 | 38 | 84 | 3 | 2 | 5 | 1 |
| 259 | 0 | 54 | 68 | 1 | 1 | 29 | 1 |
| 260 | 1 | 52 | 88 | 3 | 1 | 21 | 1 |
| 261 | 0 | 59 | 79 | 1 | 2 | 28 | 1 |
| 263 | 1 | 59 | 59 | 1 | 1 | 29 | 1 |
| 266 | 1 | 55 | 51 | 3 | 3 | 25 | 1 |
| 269 | 1 | 35 | 40 | 2 | 2 | 8 | 1 |
| 272 | 1 | 67 | 49 | 1 | 2 | 35 | 1 |
| 283 | 1 | 64 | 7 | 3 | 1 | 36 | 1 |
| 285 | 1 | 61 | 95 | 1 | 2 | 31 | 1 |
| 287 | 0 | 55 | 36 | 3 | 2 | 25 | 1 |
| 288 | 1 | 61 | 75 | 1 | 2 | 30 | 1 |
| 289 | 0 | 35 | 56 | 3 | 3 | 3 | 1 |
| 298 | 1 | 62 | 59 | 2 | 3 | 34 | 0 |
| 278 | 1 | 67 | 77 | 1 | 2 | 38 | 1 |
| 131 | 1 | 51 | 74 | 3 | 1 | 24 | 1 |
| 310 | 1 | 39 | 79 | 1 | 3 | 7 | 1 |
| 324 | 1 | 42 | 18 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| 247 | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA |
| 157 | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA |
| 265 | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA |
| 27 | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA |
| 320 | 1 | 56 | 62 | 3 | 1 | 27 | 1 |
| 312 | 0 | 54 | 94 | 1 | 2 | 20 | 1 |
| 90 | 1 | 53 | 19 | 2 | 3 | 15 | 1 |
| 224 | 1 | 59 | 93 | 1 | 1 | 30 | 1 |
| 303 | 1 | 49 | 62 | 1 | 1 | 15 | 1 |
| 305 | 1 | 64 | 13 | 1 | 2 | 35 | 1 |
| 306 | 1 | 24 | 26 | 1 | 2 | 3 | 1 |
| 321 | 1 | 53 | 8 | 3 | 2 | 23 | 1 |
| 325 | 0 | 56 | 34 | 1 | 2 | 35 | 1 |
| Effectif | | 6418 | | | | 2848 | |
| Moyenne | | 53,9327731 | | | | 23,9327731 | |
| Médiane | | 56 | | | | 26 | |
| Ecart type | | 10,3888231 | | | | 11,5455847 | |
| MIN | | 27 | | | | 1 | |
| MAX | | 81 | | | | 52 | |
| marge erreur | | 0,25416433 | | | | 4,62559402 | |
| IC 95% | | 53,6786088 | 54,1869374 | | | 19,3071791 | 28,5583671 |

Annexe 5 : Analyses bivariées.

Analyse Justine Pawlak

Plateforme d'aide méthodologique, Alexandre GEORGES 2016-04-01

1 Analyse Multivariée

1.1 Régressions logistiques

1.1.1 Scoff complémentaire de la clinique ~ sexe, milieu exercice, type exercice, âge, ancienneté

1.1.2 Recours au questionnaire ~ sexe, milieu exercice, type exercice, âge, ancienneté
1.1.3 Modification de PEC si Scoff positif ~ sexe, milieu exercice, type exercice, âge, ancienneté

1 Analyse Multivariée Recodage des variables "scoff" en binaire :

1 / 2 => 1 (d'accord)

3 / 4 => 0 (pas d'accord)

1.1 Régressions logistiques risque alpha à 0.05

1.1.1 Scoff complémentaire de la clinique ~ sexe, milieu exercice, type exercice, âge, ancienneté

Variable à expliquer : Scoff complémentaire de la clinique (0 = pas d'accord, 1 = d'accord) Variables explicatives : sexe, milieu exercice, type exercice, âge, ancienneté

Call:

```
glm(formula = q7_bin ~ type_exercice + anciennete, family = "binomial", data = data2)
```

Deviance Residuals:

| Min | 1Q | Median | 3Q | Max |
|----------|---------|---------|---------|---------|
| -2.46360 | 0.00001 | 0.00004 | 0.15915 | 0.88062 |

Coefficients:

| | Estimate | Std. Error | z value | Pr(> z) |
|--------------------|-----------|------------|---------|----------|
| (Intercept) | 1.761e+01 | 2.923e+04 | 0.001 | 0.9995 |
| type_exercice"2;4" | 2.812e+00 | 3.213e+04 | 0.000 | 0.9999 |

```

type_exercice1  -1.944e+01  2.923e+04  -0.001  0.9995
type_exercice2   1.609e+00  2.943e+04   0.000  1.0000
type_exercice3   1.979e+00  3.045e+04   0.000  0.9999
type_exercice4  -1.205e+00  4.134e+04   0.000  1.0000
anciennete       1.722e-01  7.658e-02   2.248  0.0246 *

```

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)

Null deviance: 34.440 on 110 degrees of freedom

Residual deviance: 18.302 on 104 degrees of freedom

AIC: 32.302

Number of Fisher Scoring iterations: 20

INTERPRETATION : L'ancienneté est la seule variable explicative qui est associée à la variable "Scoff complémentaire de la clinique" (p-value < 0.05)

On peut donc conclure que les médecins les plus anciens sont d'accord avec le fait que le test complète la clinique

1.1.2 Recours au questionnaire ~ sexe, milieu exercice, type exercice, âge, ancienneté

Call:

```
glm(formula = q9_bin ~ 1, family = "binomial", data = data2)
```

Deviance Residuals:

```

  Min      1Q  Median      3Q      Max
-1.9509  0.5683  0.5683  0.5683  0.5683

```

Coefficients:

```

              Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)
(Intercept)  1.7415     0.2629   6.623 3.51e-11 ***

```

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)

Null deviance: 96.03 on 113 degrees of freedom

Residual deviance: 96.03 on 113 degrees of freedom

AIC: 98.03

Number of Fisher Scoring iterations: 4

INTERPRETATION : Le modèle de régression logistique n'a pas mis en évidence d'association significative.

1.1.3 Modification de PEC si Scoff positif ~ sexe, milieu exercice, type exercice, âge, ancienneté

Call:

```
glm(formula = q11_bin ~ milieu + type_exercice, family = "binomial",
data = data2)
```

Deviance Residuals:

| Min | 1Q | Median | 3Q | Max |
|---------|--------|--------|--------|--------|
| -2.5355 | 0.2864 | 0.4906 | 0.5593 | 0.9129 |

Coefficients:

| | Estimate | Std. Error | z value | Pr(> z) |
|----------------|----------|------------|---------|----------|
| (Intercept) | 0.2807 | 1.2981 | 0.216 | 0.829 |
| milieu | 0.5582 | 0.4031 | 1.385 | 0.166 |
| type_exercice1 | -0.1793 | 1.2177 | -0.147 | 0.883 |
| type_exercice2 | 1.2178 | 1.2553 | 0.970 | 0.332 |
| type_exercice3 | 15.9728 | 1300.3628 | 0.012 | 0.990 |
| type_exercice4 | 16.7271 | 3956.1805 | 0.004 | 0.997 |

(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)

Null deviance: 94.713 on 109 degrees of freedom

Residual deviance: 83.559 on 104 degrees of freedom

AIC: 95.559

Number of Fisher Scoring iterations: 16

INTERPRETATION : Le modèle de régression logistique n'a pas mis en évidence d'association significative.

AUTEUR : Nom : PAWLAK

Prénom : Justine

Date de Soutenance : 14/09/2016

Titre de la Thèse : Le questionnaire SCOFF-F : Utilisation en médecine de soins primaires dans le dépistage de l'anorexie mentale ou de la boulimie.

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : *Psychiatrie, Nutrition, Santé Publique*

DES + spécialité : *Médecine Générale*

Mots-clés : soins primaires, questionnaire SCOFF, troubles du comportement alimentaire, anorexie mentale, boulimie, dépistage

Résumé :

Contexte : En France, une personne sur dix souffre de troubles du comportement alimentaire (TCA). Le questionnaire SCOFF a été créé en 1999 afin de faciliter le repérage des patient(e)s souffrant d'anorexie mentale (AM) ou de boulimie. Au Royaume-Uni, il est couramment employé comme outil de dépistage par les médecins généralistes. Sa version française ayant été validée en 2008, l'objectif de cette thèse est d'évaluer la faisabilité et l'utilité du SCOFF-F auprès des médecins de soins primaires français.

Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive, observationnelle, quantitative. Des questionnaires ont été envoyés à un échantillon de médecins tiré au sort au niveau national. Les réponses étaient classées dans un tableau Excel, puis analysées selon une loi Normale avec un risque alpha de 5%.

Résultats : Le taux de réponse au questionnaire était de 36,3%. Les médecins estimaient à 98% que le SCOFF était rapide à réaliser. L'utilisation de la voie orale était plébiscitée par 95,8% d'entre eux. Face à une suspicion d'AM ou de boulimie, 38,59% (IC95%[29,1-46,9]) des médecins étaient d'accord pour l'employer et 46,5% (IC95%[36,9-45,1]) étaient plutôt d'accord. En cas de SCOFF positif, 32,72% (IC95%[22,0-40,0]) des médecins étaient d'accord pour modifier leur prise en charge thérapeutique et 51,81% (IC95%[41,7-60,3]) étaient plutôt d'accord avec cette idée.

Conclusion : Les médecins généralistes sont favorables à l'emploi du SCOFF dans leur pratique quotidienne. Le diffuser à grande échelle permettrait un repérage et une prise en charge plus précoce des patients qui souffrent de TCA.

Président : Professeur COTTENCIN Olivier

Asseseurs : Professeur SEGUY David

Docteur CALAFIORE Matthieu

Directrice : Docteur REGNIER Anne-Marie