



UNIVERSITÉ DE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Le SCOFF , dépistage des troubles du comportement alimentaire en
soins primaires dans le Nord entre 18 et 40 ans, entre janvier et avril
2020.**

Présentée et soutenue publiquement le 17 mars à 18h00.
au Pôle Formation
Par Mélodie CARON

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Abdalla MOSSAD

Travail du Service de la Plateforme méthodologique du CHRU de Lille

CARON Mélodie

Avertissement

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

CARON Mélodie

CARON Mélodie

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	11
INTRODUCTION	12
I. Les troubles du comportement alimentaire	12
1. Définitions.....	12
• L'anorexie mentale.....	12
• La boulimie.....	13
• L'hyperphagie boulimique.....	13
2. Epidémiologie	14
• Les TCA chez les hommes.....	14
3. Complications.....	15
4. Enjeux santé publique	17
5. Les TCA et l'épidémie COVID 19.....	17
II. Les soins primaires	18
1. Définition.....	18
2. Dépistage.....	18
III. Les auto-questionnaires.....	20
1. Les auto-questionnaires dans les TCA	20
2. Le SCOFF	23
3. LE SCOFF-F.....	24
L'OBJECTIF DE L'ETUDE	26
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	27
I. Méthodes	27
1. Type d'étude.....	27
2. Population concernée	27
• Critères d'inclusion	27
• Critères de non inclusion	28
3. Recueil des données.....	28
4. Période de l'étude.....	29
II. Matériels	30
1. Le questionnaire.....	30
2. Analyse des données	30
RÉSULTATS	31
I. Echantillon de l'étude	31
1. Le sexe des patients	32
2. L'âge des patients	33
3. Géographie des patients	34

II. Questionnaire SCOFF	35
1. Répartition selon le sexe	35
2. Répartition selon l'âge.....	36
3. Géographie des patients	37
4. Les différents items du questionnaire SCOFF-F.....	38
5. Résultats finaux questionnaire SCOFF-F.....	40
DISCUSSION	41
I. Interprétation des résultats	41
II. Limites de l'étude	46
III. Poursuite de l'étude.....	47
CONCLUSION.....	48
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	49
ANNEXES	54
Annexe 1 : Lettre d'information.....	54
Annexe 2: Questionnaire SCOFF-F.....	56
Annexe 3 : Données EXCEL.....	57

LISTE DES ABREVIATIONS

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

AN : Anorexia Nervosa

BN : Bulimia Nervosa

BED : Binge Eating Disorder

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 5

HAS : Haute Autorité de Santé

Q-EDD : Questionnaire for Eating Disorders Diagnoses

5- HT : 5 HydroxyTryptamine

DMO : Densitométrie Minérale Osseuse

ALAT : Alanine Transaminase

ASAT : Asparatate AminoTransférèse

COVID 19 : Coronavirus Disease 2019

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

EDE : Eating Disorders Examination

EDI : Eating Disorder Inventory

EAT : Eating Attitudes Test

BULIT-R : Bulimia Test- Revised

BITE : Bulimic Investigatory Test of Edinburgh

EBRS : Eating Behavior Rating Scale

SCOFF : Sick Control One Stane Fat Food

SCOFF-F : Sick Control One Stane Fat Food French

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

F2RSM Psy : Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale

p : Puissance

INTRODUCTION

I. Les troubles du comportement alimentaire

1. Définition

Les troubles du comportement alimentaire regroupent 3 types de pathologies : l'anorexie mentale (ou Anorexia Nervosa, AN), la boulimie (ou Bulimia Nervosa, BN) et l'hyperphagie boulimique (ou binge eating disorder, BED).

Ils sont définis par le DSM-5 via l'American Psychiatric Association. (1)

- **L'anorexie mentale**

Tableau 1: Classification de l'anorexie mentale d'après DSM-5 (2)

1. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas.
2. Peur intense de prendre du poids et de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale.
3. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), faible estime de soi (influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle), ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

- **La boulimie mentale**

Tableau 2: Classification de la boulimie mentale d'après DSM-5 (2)

1. Survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée. C'est-à-dire : - absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne et en moins de 2h. - associées à une impression de perdre le contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter.
2. Mise en œuvre de comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prises de laxatifs ou diurétiques, jeûnes, exercice excessif).
3. Avec une fréquence moyenne d'au moins 1 fois par semaine durant au moins 3 mois
4. L'estime de soi est perturbée de manière excessive par la forme du corps et le poids.
5. Le trouble ne survient pas exclusivement au cours d'une période d'anorexie mentale.

- **L'hyperphagie boulimique**

Tableau 3: Classification de l'hyperphagie boulimique d'après DSM-5 (2)

1. Survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée. C'est-à-dire : - absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne et en moins de 2h. - associés à une impression de perdre le contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter.
2. Ces épisodes sont associés avec au moins 3 des éléments suivants : - prise alimentaire beaucoup plus rapide que la normale. - prise alimentaire jusqu'à l'apparition d'une sensation de trop -plein abdominale désagréable. - absorption de grandes quantités d'aliments sans sensation de faim. - prises alimentaires solitaires du fait de la gêne occasionnée par les quantités ingérées.

- sensations de dégoût de soi, de dépression, ou de culpabilité après avoir mangé.

3. Sensation de détresse en lien avec l'existence de cette hyperphagie.

4. Les épisodes d'hyperphagie se produisent au moins une fois par semaine pendant au moins 3 mois consécutifs.

5. Le trouble n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés comme c'est le cas dans des épisodes de boulimie et ne survient pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.

2. Epidémiologie

L'incidence des TCA augmente fortement dans les pays occidentaux devenant un vrai enjeu de santé publique avec de multiples facteurs à prendre en compte. (3)

L'HAS estime une prévalence de l'anorexie mentale entre 0,9 et 1,5 % chez les femmes et chez les hommes entre 0,2 à 0,3 % (4) (3), soit en moyenne entre 16 et 34 femmes et 4 à 5 hommes par médecin généraliste dans le nord (partant du principe qu'un médecin suit 1771 patients). (5)

Entre 18 et 24 ans, 2 jeunes sur 10 se disent en surpoids ou obèses.(6)

Les TCA touchent surtout les femmes (1/10). (7) Ils englobent l'anorexie mentale la boulimie (entre 1 et 1,5%) et le Binge Eating Disorder (entre 1 et 4,5 % chez l'adulte. (7)

- **Les TCA chez les hommes**

Dans notre travail de recherche via le moteur de recherche Pubmed, 7579 articles sont répertoriés sous les mots clés « eating disorder women » et seulement 1418 chez les hommes.

La première méta-analyse concernant l'étude des genres devant les troubles alimentaires a été publiée seulement en 2010. (8) Elle a pu mettre en évidence l'insatisfaction corporelle également chez les hommes.

Dans une étude publiée par l'Encéphale en 2013 incluant des jeunes hommes français entre 18 et 30 ans, 17 % ont été dépistés positifs aux TCA (via le Questionnaire for Eating Disorders Diagnoses (Q-EDD)) dont 12 % avaient des symptômes subcliniques.(9)

L'insatisfaction corporelle augmente depuis quelques décennies pouvant atteindre 43 % des hommes d'après les études de David M. Garner.

Bien que le questionnaire soit validé uniquement chez les femmes de 18 à 40 ans, quasiment toutes les études françaises ont été réalisées chez les hommes également.(10) (11) (12) (13)

Une étude a cependant été réalisée en mandarin chez les hommes adultes entre 18 et 45 ans concluant que le SCOFF était valable pour le dépistage des TCA chez les hommes. (14)

3. Complications

Les troubles du comportement alimentaire peuvent atteindre quasiment tous les systèmes vitaux du corps humain. (15) Ceux ci sont d'autant plus graves que la perte de poids et la dénutrition sont profondes. (15)

Les complications somatiques principales sont : (15)

- sur le plan gastro-intestinal : dysphagie et dyspepsie provenant des vomissements, ralentissements de la vidange gastrique, nausées, ballonnements, douleurs abdominales, constipations...

- sur le plan cardiaque : La bradycardie est la plus souvent repérée. Une FC < 60 bpm est constatée chez 95 % des patients souffrant de TCA.

Une anomalie de la conduction ou de la repolarisation cardiaque peut amener à une mort subite.

Une atrophie ventriculaire présente chez la plupart des patients graves peut entraîner une maladie valvulaire comme un prolapsus mitral.

- sur le plan neurologique : modification des mécanismes de récompenses tels que le goût, l'odeur. Une anomalie de la sérotonine chez les personnes anorexiques est étudiée via les neurones 5-HT. (16)

Des troubles du sommeil sont également très fréquents.

- sur le plan musculo-squelettique : une ostéoporose est fréquente. Des études cohortes montrent que le risque de fractures de fatigue est supérieur même avec une DMO normale. (17)

- sur le plan dermatologique : une atrophie cutanée est constatée, directement liée à la dénutrition. Peuvent également apparaître une xérose, un lanugo, un acné, la caroténodermie, un acrosyndrome et beaucoup d'autres... (18)

Le signe de Russell est défini par un érythème des articulations, des extrémités des membres supérieurs. Ce signe est courant chez les patients se faisant vomir.

Une toxidermie peut également être constatée chez les patients prenant des médicaments (type diurétiques, laxatifs..)

- sur le plan endocrinologique : Il existe un trouble du fonctionnement hypothalamo-hypophysaire. Que ce soit chez les femmes ou les hommes, un hypogonadisme est courant. Cela entraîne un trouble de la libido, une aménorrhée chez les femmes, une diminution de la testostérone chez l'homme.(19)

- sur le plan biologique : une hypoglycémie, une hypophosphatémie, ALAT et ASAT augmentant à cause d'une cytolyse hépatique. Une hypokaliémie et une alcalose métabolique proviennent essentiellement du mécanisme de purge (vomissement, diarrhée via les laxatifs).

Lorsque le trouble s'aggrave, une anémie et une neutropénie sont retrouvées chez plus de 30 % des patients. (20)

4. Enjeux santé publique

Comme le rappelle le *Royal Australian College of General Practitioners en 2017*, malgré une prévalence relativement faible de la pathologie, les conséquences néfastes et le taux de mortalité élevé rend indispensable le rôle du médecin généraliste.(21)

Une étude de la revue de la littérature entre 2000 et 2018 montre une légère augmentation du taux de TCA dans le monde.(22)

5. Les TCA et l'épidémie COVID 19

Concernant la pandémie COVID 19 de 2020, le recul n'est pas suffisant pour montrer un réel impact. Cependant et au vu des données concernant l'isolement, il est probable que le confinement aggrave les TCA préexistantes et que l'on dépiste des TCA de novo. (23) Chez certains patients confinés, le médecin généraliste est le seul lien social. (23)

La Fédération Française Anorexie et Boulimie conseille vivement de réorganiser au plus vite le suivi des médecins grâce à la téléconsultation afin de ne pas perdre de vue les personnes à risques. (24)

II. Les soins primaires

1. Définition

En 1978 à Alma-Ata, l'OMS définit les soins primaires comme "des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays." (25)

La médecine générale a un rôle central dans la santé publique. Elle permet la prévention, la coordination des soins.(26)

Le dépistage précoce améliore le pronostic. Le diagnostic est compliqué en soins primaires car les patients présentent souvent un panel de symptômes, notamment physiques. (27)

2. Dépistage

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, le dépistage consiste à mettre en évidence, via des tests systématiques et standardisés, des sujets souffrant d'une maladie, jusque là inaperçue.(28)

Les tests de dépistages sont différents des tests diagnostiques. Ils ne donnent pas de certitude, ce ne sont pas des tests spécifiques. Ils permettent d'orienter vers d'autres examens.(29)

Ils permettent de mettre en évidence plus précocement la maladie. (28) Plus les TCA sont pris en charge rapidement et meilleur est le pronostic. (27)

La non spécificité des signes prodromiques, une clinique souvent incomplète et l'anosognosie des patients engendrent souvent ce retard. (30)

III. Les auto-questionnaires

1. Les auto-questionnaires dans les TCA

L'OMS rappelle qu'un questionnaire permet un dépistage rapide , non stigmatisant. Il aborde des sujets que le patient n'évoquerait probablement pas de lui même (drogue, alcool, tabac, médicaments, maltraitance) . Les TCA font parties des addictions difficilement abordables par le patient.

Les questionnaires existants sont souvent compliqués et longs à mettre en place. (31)

(27)

Ils sont peu utilisés par les médecins généralistes du fait de leur caractère systématique et donc peu humain. Les médecins suivent leurs patients souvent pendant des années et estiment ne pas avoir besoin de ces questions systématisées. Cependant, nous savons que les TCA sont des maladies sous évaluées, et donc de diagnostic très tardif la plupart du temps. Une certaine errance dans les examens médicaux peut également être constatée. Ce retard engendre une mauvaise prise en charge du patient et également un coût considérable. (4)

De plus, la médecine générale évolue et nous voyons de plus en plus de confrères se faire remplacer à plus ou moins long terme, changer de lieux d'exercice ou s'associer entre eux. La population est devenue également très mobile. Un patient aura alors différents médecins généralistes durant sa vie.

CARON Mélodie

Les auto-questionnaires sont utiles également pour les patients déclenchant un trouble du comportement alimentaire tardif : après un stress post traumatisme nécessitant une évaluation clinique systématique (32) , après une perte de poids importante, type chirurgie bariatrique, changeant l'image corporelle du patient. (33)

Il existe également beaucoup de rechutes dans les TCA ou de rémissions partielles.(34)

Une étude de cas clinique a mis en avant le risque de rechute dans l'anorexie mentale à la suite d'un sevrage tabagique. (35) Après l'arrêt du tabac, il est justifié de contrôler l'hyperphagie ou le comportement anorexique des patients.

Les auto-questionnaires sont de ce fait beaucoup plus utilisés durant la consultation, passant de 31.7 % en 1998 à 62.3 % des médecins en 2009 déclarés. (36)

Il en existe plusieurs. Le principal test consacré uniquement aux TCA est *l'Eating Disorders Examination (EDE)*, de Fairburn et Cooper (1993).(37)

Il fait partie du test de référence. Cependant, sa durée est estimée en moyenne à une heure, le rendant impossible d'utilisation en pratique de médecine générale.(37)

Les auto-questionnaires *EDE* (38) et *L'Eating Disorder Inventory (EDI)* de Gamer (1991) prennent en compte l'aspect cognitif et psychologique des adolescents mais sont composés de dizaines d'items.

L'Eating Attitudes Test (EAT) de Garner et Garfinkel (1979) est l'instrument le plus utilisé pour mesurer la gravité de la maladie. Il ne fait donc pas parti des tests de dépistages. Il contient 40 items et est difficilement réalisable. (39)

Le Bulimia Test-Revised (BULIT-R), de Thelen (1991), comporte lui 28 items évaluant la gravité de la boulimie. (40)

Le Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE), de Henderson & Freeman (1987), contient 33 questions. (41)

L'Eating Behavior Rating Scale (EBRS) de Wilson (1989) évalue le risque de TCA mais il doit être réalisé lors du repas du patient.(42)

De plus en plus de versions abrégées voient le jour afin de faciliter leur utilisation (EDE-Q) (35) ainsi que des versions remaniées (EDI 2 ; EDI 3 ...).

Beaucoup de questionnaires existent dans les troubles du comportement alimentaire mais sont souvent fastidieux.

Depuis une dizaine d'années en France, commence à apparaître le questionnaire SCOFF-F : la version française du SCOFF : Sick Control One Stane Fat, Food -French.

2. Le SCOFF

L'HAS recommande de dépister les populations à risque uniquement. Le dépistage devra être réalisé par le médecin généraliste (par exemple lors de certificat de non contre indication au sport). Il rappelle également comment utiliser le questionnaire SCOFF (4) SCOFF a été créé par Morgan au Royaume -Uni. Les premières publications datent de 1999. (31)

Des centaines d'articles reprennent ce questionnaire en exemple dans le monde (Etat – Unis, Espagne, Europe du Nord, France, Chine, Australie ..).

Morgan et son équipe ont mis au point 5 questions portant sur les points clés des TCA. L'étude cas témoin a été conduite chez les femmes de 18 à 40 ans. Les questions ont été posées oralement aux participantes.

Résultat du test: Un point pour chaque «oui»; un score > 2 indique un cas probable d'anorexie mentale ou de boulimie.

Tableau 4: The SCOFF questions

1. Do you make yourself S ick because you feel uncomfortably full?
2. Do you worry that you have lost C ontrol over how much you eat?
3. Have you recently lost more than O ne stone in a 3 month period ?
4. Do you believe yourself to be F ast when others say you are too thin ?
5. Would you say that F ood dominates your life ?

Morgan n'a pas expliqué pourquoi il avait choisi ces 5 items et aucune vérification n'a été faite.

Une méta analyse espagnole a cependant conclu que les 5 questions étaient toutes très utiles et SCOFF était fortement recommandé dans le dépistage. (43)

Il a étudié chez les jeunes femmes adultes la différence entre EDE-Q et SCOFF montrant que le premier est plus robuste concernant l'âge et le poids mais que le deuxième étant plus bref est beaucoup plus faisable en soins primaires (22 items contre 5). (44)

Le questionnaire a été réalisé dans une étude dans deux cabinets différents de Londres. Lorsque les résultats du test étaient positifs, les patients étaient invités à en discuter avec leur médecin généraliste et des numéros d'associations leurs étaient proposés. (39) Cette étude a inspiré la nôtre au niveau de l'interprétation des résultats.

Une autre étude menée par Morgan & Coll montre qu'il n'y a pas de différence entre la réalisation du test écrit et oral.

Le questionnaire était posé dans la première étude par un psychiatre ou par les internes.

3. Le SCOFF-F

Tableau 5: le questionnaire SCOFF-F

1. Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop-plein?
2. Etes-vous inquiet d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez?
3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois?
4. Vous trouvez-vous gros(se) alors même que d'autres disent que vous êtes trop mince?
5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie?

L'équipe de recherches du CHU de Rouen a beaucoup étudié le SCOFF et a permis depuis 2010 la validation de celui-ci en français. (45) Ils ont pu calculer un taux de sensibilité et de spécificité à 94 %. Dès 2011, le spectre d'étude s'est agrandi avec une population plus large de femmes entre 18 et 35 ans.(46)

Nous n'avons pas retrouvé d'études fiables concernant l'utilisation du SCOFF-F en pratique dans le dépistage des TCA en médecine générale. Bien qu'il soit recommandé par l'HAS , il semble encore peu mis en oeuvre.

L'objectif de l'étude

L'objectif principal est de savoir si le manque d'utilisation et de connaissance du questionnaire SCOFF-F pourrait engendrer un sous-dépistage des troubles du comportement alimentaire.

La question de recherche étant : Le manque d'utilisation du questionnaire SCOFF pourrait-il engendrer un sous-dépistage des troubles du comportement alimentaire en médecine générale ?

Les objectifs secondaires sont d'essayer de faire connaître le questionnaire SCOFF à un plus grand nombre de médecins généralistes et d'essayer de sensibiliser au diagnostic plus précoce les TCA chez nos patients afin de les prendre en charge plus rapidement et d'améliorer leur pronostic.

MATERIELS ET METHODES

I. Méthodes

1. Type d'étude

C'est une étude prospective observationnelle, quantitative. Elle a été menée entre janvier et avril 2020 dans 3 cabinets différents de la région Nord-pas-de-Calais.

Nous nous sommes appuyés sur les études publiées dans PUBMED avec le mot clé « SCOFF ». Il y avait 157 articles répertoriés. Nous nous sommes inspirés de ces articles pour notre méthodologie.

2. Population concernée

- **Critères d'inclusion**

L'étude a été réalisée chez les hommes et femmes entre 18 et 40 ans se présentant en consultation de médecine générale pour tous motifs.

Le consentement a été recueilli oralement après explication orale et lecture de la lettre d'informations sur le motif de l'étude (voir Annexe 1).

Nous avons pu étudier une population rurale et une population urbaine.

CARON Mélodie

Le cabinet 1 : chez un médecin généraliste exerçant depuis peu en ville. Le cabinet 2 : un médecin généraliste en fin de carrière, installé également en ville. Le cabinet 3 appartient à une femme médecin, installée en milieu rural.

- **Critères de non inclusion**

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Les patients mineurs et de plus de 40 ans.
- Les personnes sous tutelle ou curatelle.
- Les patients ne donnant pas leur accord.

Des recherches via PubMed ont été réalisées au préalable. concernant la validation du questionnaire SCOFF. Les critères d'inclusions de cette étude ont été rédigés par la suite.

3. Recueil des données

Le questionnaire SCOFF (voir Annexe 2) était proposé en fin de consultation à chaque patient répondant aux critères après accord de leur part par voie orale après distribution de la lettre d'informations (voir Annexe 1) . Les données ont été répertoriées de façon anonyme.

Si le questionnaire revenait positif, le résultat était donné au patient. Il était libre de transmettre le résultat à son médecin généraliste pour une prise en charge.

Il n'y a pas d'identification directe du patient.

Les données recueillies étaient :

- réponse aux 5 questions du questionnaires SCOFF-F
- âge du patient
- sexe du patient
- environnement : urbain ou rural
- pathologie relevant d'une ALD

4. Période de l'étude

Le dépistage via le questionnaire a été réalisé sur une période de quatre mois entre janvier et avril 2020.

Devant le contexte sanitaire particulier, une diminution du recueil des données a été constatée sur avril 2020. L'épidémie COVID a nettement diminué le nombre de consultations par jour et par médecin généraliste divisant le nombre de consultations par deux voire trois.

Le dépistage n'a pas été réalisé lors des télé-consultations mises en place.

Les données ont été classées dans un tableau Microsoft EXCEL. (voir Annexe 3)

II. Matériels

1. Le questionnaire

Le questionnaire SCOFF-F créé en 1999 et validé en 2008 pour la version française a été utilisé afin de repérer les patients souffrant d'anorexie ou de boulimie.

Il est composé de 5 questions simples (répondant par oui ou non). Il est positif avec au moins deux réponses positives sur cinq (donc si strictement supérieur à 1).

Un résultat positif signifie que le test dépiste un trouble du comportement alimentaire chez le patient. Cela ne diagnostique en rien une maladie. Des recherches complémentaires devront être faites par la suite afin d'assurer un éventuel diagnostic.

2. Analyse des données

Les données ont été collectées grâce au Logiciel Tableur Excel de façon anonyme.. L'analyse de celles ci a été réalisée grâce à l'expertise de la cellule d'aide méthodologique de la Fédération Régionale de Recherche en psychiatrie et Santé Mentale Haut-de-France (F2RSM Psy).

Une analyse multivariée avec un modèle de régression logistique au risque alpha égal à 0,05 a été choisi.

Le test de fréquence de Mc Nemar a été réalisé pour comparer les données.

RESULTATS

I. Echantillon de l'étude

Sur les 548 patients vus de façon aléatoire en consultation de médecine générale dans les trois cabinets, 410 patients ont été exclus car ne répondant pas aux critères d'inclusion dont 3 patients ayant refusé de participer à l'étude. Nous avons fait passer le questionnaire SCOFF-F oralement à 135 patients.

Dans l'échantillon initial, il y avait 223 femmes (40,7%) et 325 hommes (59,3%). Suite aux critères d'exclusion, il restait 63 femmes (53,8%) et 54 hommes (46,2%).

Les résultats sont en lien avec les patients inclus et non en lien avec les patients du départ.

Diagramme : Flow chart de l'échantillon

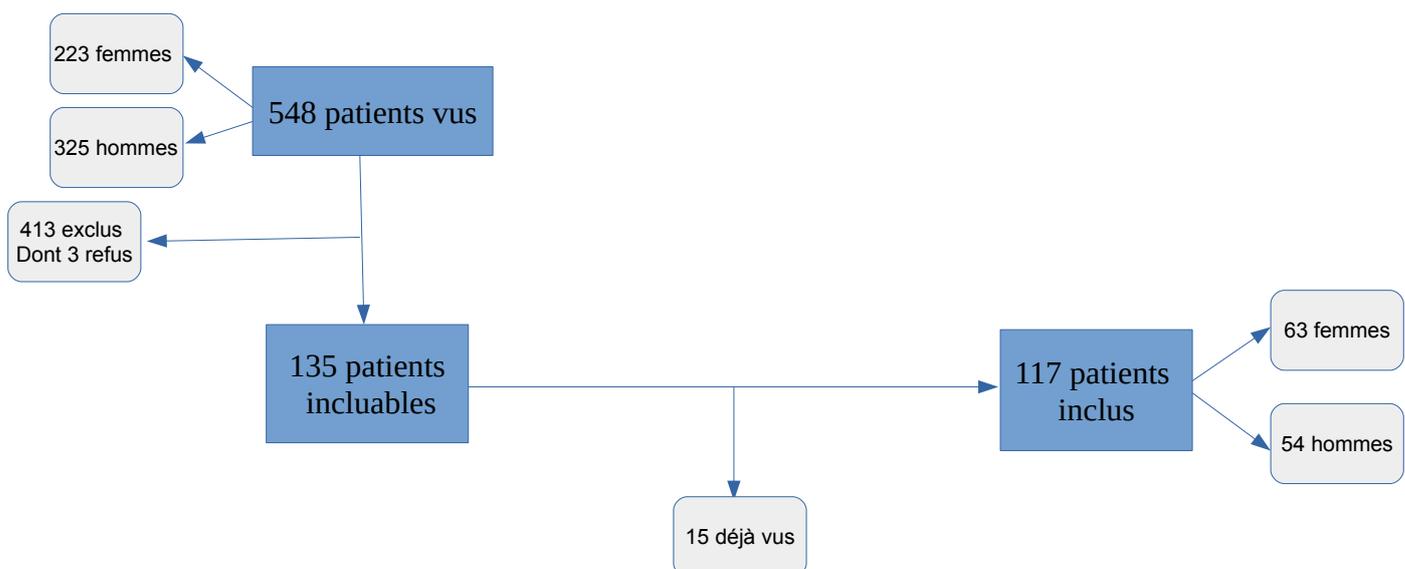


Tableau 6: Répartition globale des patients inclus

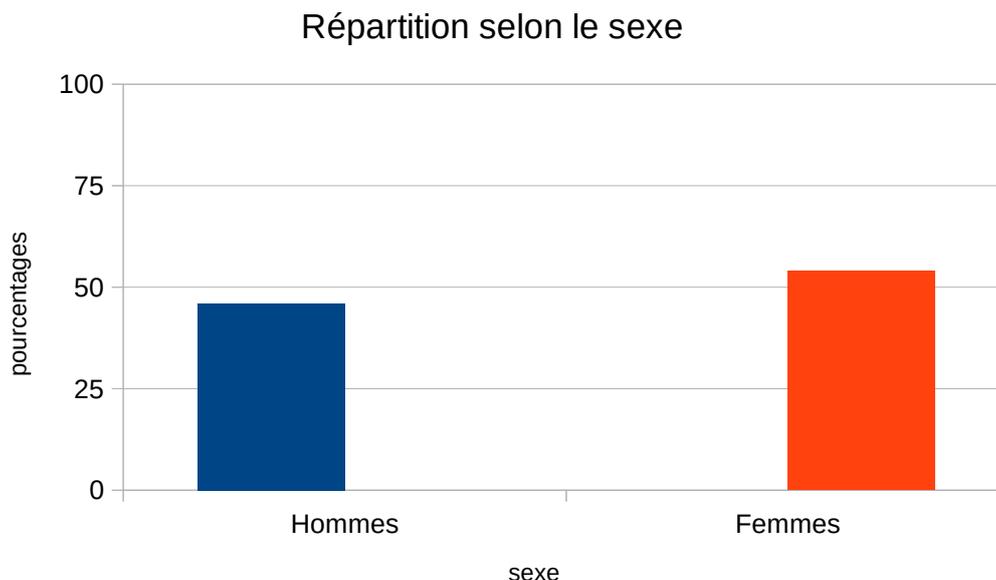
	Nombre	%
Patients inclus	117	100 %
Femmes	63	54 %
Hommes	54	46 %
18/20 ans	17	14,5 %
20/25 ans	20	17 %
25/30 ans	27	23 %
30/35 ans	28	24 %
35/40 ans	25	21,5 %
Score >2/5	6	5 %
Score > 1/5	23	20 %
Cabinet 1	57	49 %
Cabinet 2	24	20 %
Cabinet 3	36	31 %
TCA dépisté avec SCOFF-F	29	25 %
TCA diagnostiqué avant SCOFF-F	1	<1 %

1. Le sexe des patients

Entre janvier et avril 2020, nous avons inclus 135 patients dont 15 que nous avons déjà vus. Sur les 117 patients restants, il y avait 63 femmes (soit 54%) et 54 hommes (46%) .

Le sex ratio est de 0,85.

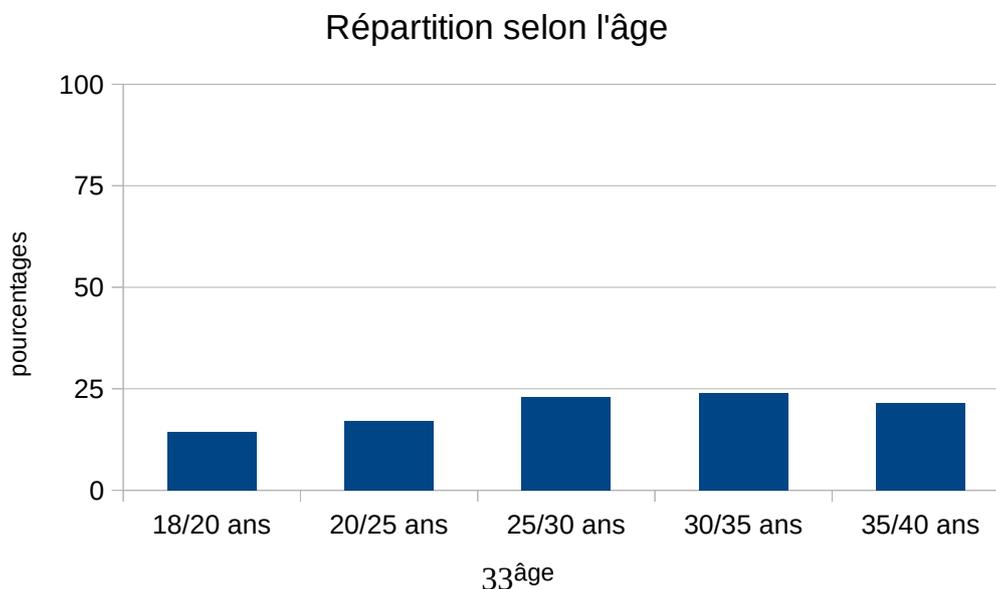
Histogramme 1 : répartition des patients selon le sexe.



2. L'âge des patients

Les patients ont été classés par tranches d'âges : 17 patients avaient entre 18 et 20 ans (14,5% des effectifs), 20 patients entre 20 et 25 ans (17% des effectifs), 27 entre 25 et 30 ans (23% des effectifs), 28 entre 30 et 35 ans (24% des effectifs) et enfin 25 patients entre 35 et 40 ans. (21,5% des effectifs).

Histogramme 2: Répartition selon l'âge des patients



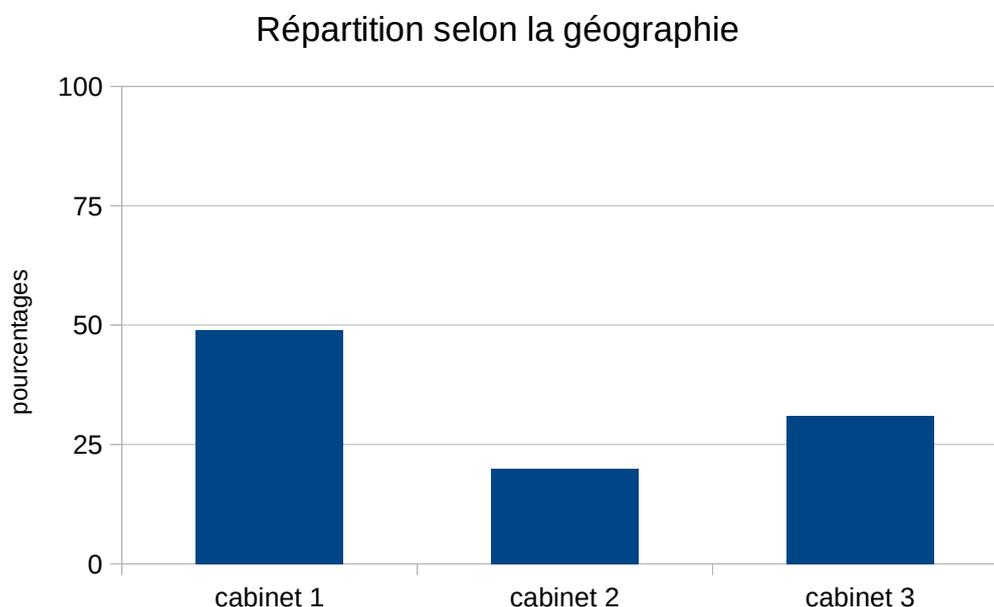
3. Géographie des patients

Le cabinet 1 et le cabinet 2 sont des cabinets urbains, dans 2 quartiers différents.

Le cabinet 3 est un cabinet rural.

Dans le cabinet 1, 57 patients ont été inclus (49 % des effectifs). Dans le cabinet 2, 24 patients ont été comptabilisés (20 % des effectifs) et dans le cabinet 3, 36 des patients inclus (soit 31 % des effectifs).

Histogramme 3: Répartition géographique des patients



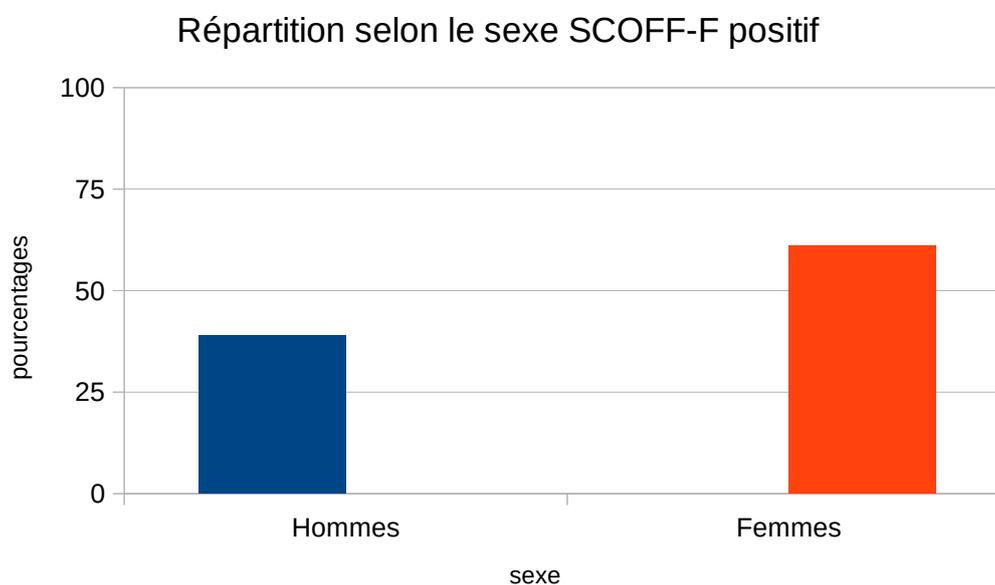
II. Questionnaire SCOFF-F

Sur les 117 patients, 29 ont eu un SCOFF-F positif soit 25 % des effectifs. 23 patients ont eu un score $>1/5$ (20 % des effectifs) et 6 patients $>2/5$ (5 % des effectifs) .

1. Répartition selon le sexe

Dans les 29 résultats positifs, 18 étaient des femmes (62% des effectifs) et 11 étaient des hommes (38 % des effectifs).

Histogramme 4: Répartition selon le sexe des SCOFF-F positif



Sur les 23 patients ayant eu un score $>1/5$, 14 étaient des femmes (61 % des effectifs) et 9 étaient des hommes (39 % des effectifs). Avec un $p = 0,580$.

Sur les 6 patients ayant eu un score $>2/5$, 4 étaient des femmes (67 % des effectifs) et 2 des hommes (33 % des effectifs). Avec un $p= 0,683$.

Nous n'avons donc pas pu conclure à une différence significative entre les deux populations.

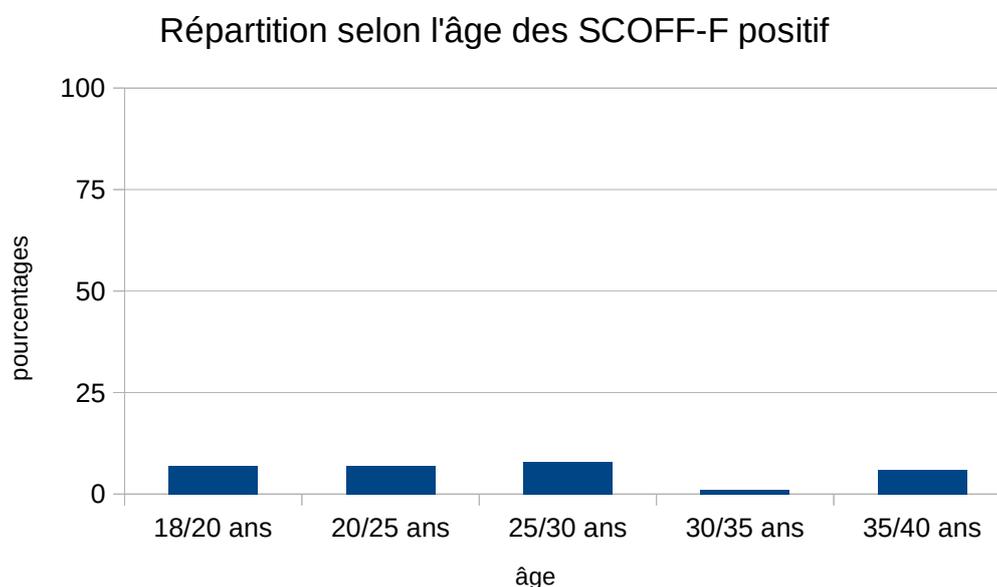
2. Répartition selon l'âge

Chez les 18/20 ans et entre 20 et 25 ans , 7 résultats étaient positifs dans les 2 catégories. Pour les 25/30 ans, 8 SCOFF-F étaient positifs. Chez les 30/35 ans 1 seul et chez les 35/40 ans 6 étaient positifs.

Tableau 7: Répartition selon l'âge des patients ayant un SCOFF-F +

Tranche d'âge	Nombre total	SCOFF-F + >1/5	SCOFF-F + >2/5	% score + en fonction de l'âge	% score + en fonction de l'effectif total
18/20 ans	17	6	1	41 %	6 %
20/25 ans	20	5	2	35 %	6 %
25/30 ans	27	6	2	30 %	7 %
30/35 ans	28	1	0	4 %	1 %
35/40 ans	25	5	1	24 %	5 %

Histogramme 5: Répartition selon l'âge des SCOFF-F positif



Pour un SCOFF-F positif >1/5, $p = 0,157$ et pour un SCOFF-F positif >2/5, $p = 0,700$. Nous ne pouvons donc pas conclure à une différence significative entre les différentes tranches d'âges.

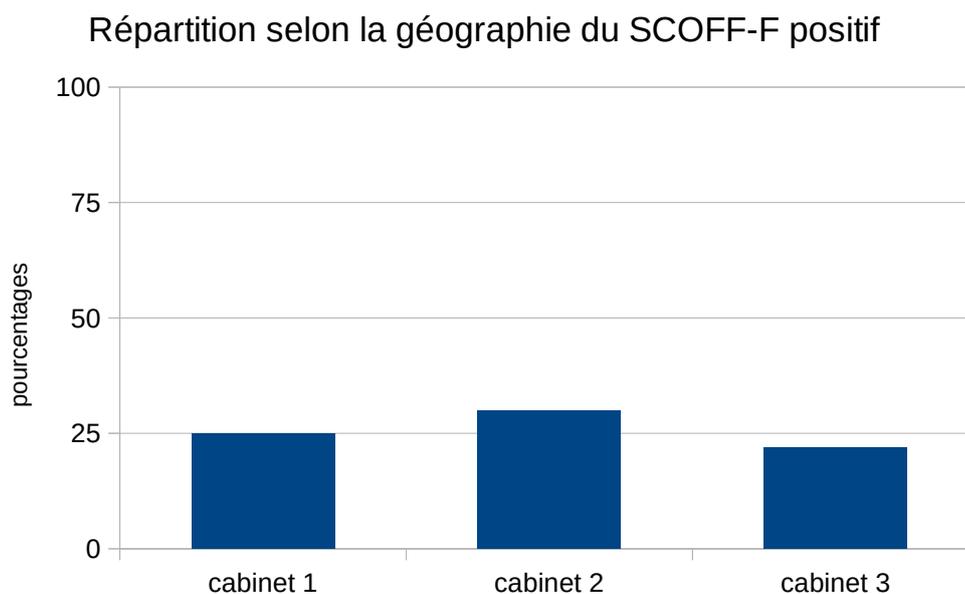
3. Géographie des patients

Tableau 8: répartition géographique des patients

	Total vu	Inclus	% inclus	> 1/5	> 2/5	SCOFF-F +	% SCOFF-F + par rapport inclus
Cabinet 1	220	57	49 %	11	3	14	24,56 %
Cabinet 2	101	24	20 %	6	1	7	29,17 %
Cabinet 3	227	36	31 %	6	2	8	22,2 %

Sur les 57 inclus dans le cabinet 1, 14 avaient un SCOFF-F positif soit 25 % des patients. Dans le cabinet 2, sur les 24 inclus, 7 avaient un SCOFF-F positif soit 30 %. Dans le cabinet 3, sur les 36 inclus, seul 8 avaient un SCOFF positif soit 22 %.

Histogramme 6: Répartition géographique des SCOFF-F positif

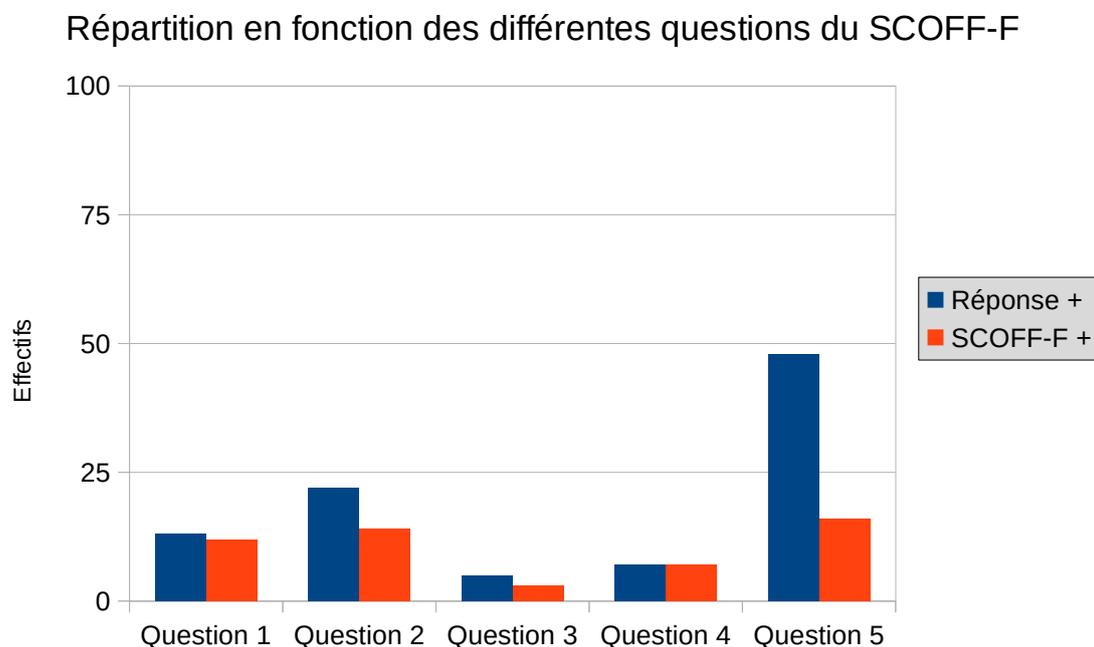


4. Les différents items du questionnaire SCOFF-F

Tableau 9: Nombre de réponses positives en fonction des différentes questions du SCOFF-F

Par item	Réponse + sur 117 patients	SCOFF-F +
Question 1	13	12
Question 2	22	14
Question 3	5	3
Question 4	7	7
Question 5	48	16

Histogramme 7: Répartition des réponses positives en fonction des items du SCOFF-F



Pour la question 1 (*Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien, « l'estomac plein » ?*), 13 patients ont répondu « oui » soit 1 seule personne de plus que les dépistés.

Pour la question 2 (*Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?*), 22 ont répondu « oui » soit 8 personnes de plus.

Pour la question 3 (*Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de trois mois ?*), 5 patients ont répondu « oui » donc 2 de plus.

Pour la question 4 (*Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?*), 7 patients ont répondu « oui » qui ont tous eu un résultats SCOFF-F positifs.

Pour la question 5 (*Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?*), 48 patients ont répondu « oui » soit 32 personnes en plus des patients SCOFF-F positifs.

5. Résultats finaux questionnaire SCOFF-F

Tableau 10: Bilan de l'étude

		APRES	
		+	-
AVANT	P < 0,001		
	+	1	0
	-	29	87

Sur les 117 patients inclus, 29 patients ont eu un SCOFF positif. Sur les 117 patients, 1 seul était diagnostiqué et suivi pour un TCA (ayant eu un résultat SCOFF-F dans notre étude >2/5).

La puissance étant à un $p < 0,001$, nous pouvons conclure à une différence significative. D'après le résultat de cette étude, le questionnaire SCOFF-F aide au dépistage de façon significative des TCA au sein d'un cabinet de médecine générale.

DISCUSSION

I. Interprétation des résultats

Nous avons étudié l'intérêt du questionnaire SCOFF dans le dépistage des TCA en médecine générale afin de déterminer s'il y avait un avantage réel en pratique à l'utiliser.

Sur les 117 patients inclus dans l'étude, un seul patient homme était pris en charge pour un trouble du comportement alimentaire (anorexie mentale mixte). Aucune femme n'était connue.

Sur les 117 patients, 24,7 % ont été dépistés positivement au trouble du comportement alimentaire après le SCOFF-F soit 23,85 % de plus que sans le questionnaire. 22 % des femmes étaient positives (minimum 2 réponses positives sur les 5 items présents) et 16 % des hommes. Ces taux sont comparables aux chiffres relevés dans l'étude en 2015 sur les étudiants de la Côte d'Opale. (10)

Nos résultats n'ont pas permis de mettre en évidence de différence entre les deux sexes ($p=0,58$) ni à une différence selon la tranche d'âge ($p=0,7$).

Cela est très surprenant. On s'attendait à une différence significative concernant le sexe, étant donné l'échantillon assez large. Cela peut soit provenir d'un biais de déclaration

chez les femmes (avec des réponses faussées), soit de sélection en incluant les hommes. Un biais de sélection peut également apparaître avec l'absence d'inclusion des jeunes filles. En effet, on sait que l'anorexie mentale apparaît surtout chez les adolescentes. Cela rendrait la différence entre les sexes ininterprétable.

Pour l'âge, l'absence de différences est concordante avec les études de Morgan en 1999.

Le questionnaire a été réalisé oralement en fin de consultation de médecine générale. Nous avons estimé que cette méthode était beaucoup plus simple lors de notre pratique quotidienne.

D'après les études réalisées par Morgan citées ci-dessus, il n'y avait pas de différences significatives entre la pratique du SCOFF oral et écrit. Nous nous sommes rendus compte que cela dynamisait l'entretien. Cela permettait de voir directement la réaction des patients au fil du questionnaire.

Lors de l'interprétation des résultats, nous avons été étonnés des réponses aux différents items du SCOFF.

L'item numéro 5 est revenu positif chez 48 des 117 patients en réponse à « est-ce que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ? »

Lors des questions, nous avons eu l'impression que certains patients n'avaient pas bien compris le sens. Beaucoup de réponses étaient : « évidemment sinon je meurs sans nourriture ».

L'importance relative des 5 interrogations et leur pertinence n'a pas été prise en compte et nous n'avons pas retrouvé d'étude sur le sujet. Nous pouvons évoquer un biais de déclaration.

Nous pouvons nous poser la question d'une éventuelle gradation des résultats. Est-ce qu'un SCOFF-F positif à >2/5 est plus révélateur qu'un SCOFF-F positif à >1/5 ?

Concernant les items, beaucoup de patients justifiaient leurs réponses positives par des arguments pouvant être valables. Par exemple : « je suis en train d'arrêter de fumer »

(questionnaire réalisé juste après les bonnes résolutions de la nouvelle année 2020). Ou encore « je suis au chômage donc je n'ai rien à faire, je grignote devant la télé » ...

Cela peut engendrer un biais de confusion, les patients n'avaient pas les mêmes caractéristiques socio-culturelles.

En effet, les réponses peuvent être influencées par un moment passager de la vie du patient.

Concernant la localisation des différents cabinets, on retrouve 49 % des tests positifs dans le cabinet où le médecin est un homme jeune installé en milieu urbain depuis peu, 20 % chez le médecin dit « de famille » installé en zone urbaine depuis ses débuts et 31 % chez la femme médecin installée en milieu rural depuis une dizaine d'années.

D'après les articles cités dans l'introduction, l'incidence de la boulimie est directement liée au degré d'urbanisation (non retrouvée de façon franche dans l'anorexie mentale). Nous ne voyons pas cette différence de façon flagrante dans notre interprétation.

Nous pouvons penser également à un biais de sélection. Nous n'avons sélectionné que 3 médecins dont 2 en zones urbaines (81 patients issus d'une grande ville contre 36 patients à la campagne).

La méthode employée dans notre étude et nos critères d'inclusion s'éloignent légèrement de la validité du questionnaire. Nous voulions prendre en compte le plus grand nombre de patients et les sensibiliser aux troubles alimentaires.

En effet, les jeunes femmes à risque sont une population très limitée de nos patients.

Nous avons donc choisi d'élargir les critères tout d'abord en incluant les deux sexes comme beaucoup d'études évoquées dans l'introduction.(44) (48) (10) (11)

Devant le sous diagnostic des TCA chez les hommes, il était important pour nous de les inclure dans cette étude.

Concernant l'âge des patients, nous avons fait le choix de ne pas inclure les mineurs. En effet, la plupart des adolescents consultant sont soit seuls (sans accord parental possible) ou en présence de leurs parents, rendant le dépistage plus difficile. Les mineurs seraient sûrement moins à même de parler de leurs problèmes d'addiction alimentaire devant témoins.

La limite supérieure de l'âge était fixée à 40 ans comme certaines études.. (47) (10) (11).

Nous nous sommes posés la question de ne pas mettre de limite d'âge supérieure. Nous avons peur d'augmenter les biais avec des patients souffrant de pathologies chroniques

notamment les personnes sous Affection Longue Durée, qui auraient pu être dépistés TCA à tort et rendre difficile l'interprétation des résultats.

« En France (...) les questionnaires n'entrent pas dans la culture de la relation médecin-patient ». Ainsi répond un médecin après lecture du résumé de notre étude. Ou encore : « un SCOFF est plus simple à réaliser par un interne ou un remplaçant qui n'a pas ce lien relationnel avec le patient ». Le questionnaire étant rapide d'utilisation, cela ne prend que quelques secondes en consultation, et cela permettrait de dépister beaucoup plus. Un gain de temps par la suite réduirait les errances diagnostiques, les sur-examens et la sur-médication éventuelle.

Devant les résultats obtenus, cela nous semble utile d'avoir recours aux questionnaires rapides. Cela augmenterait le taux de dépistage de 23,85 % d'après notre travail. La médecine évolue au fil des décennies, la pratique médicale également. La relation médecin-patient est indispensable. La communication, l'explication des examens réalisés sont primordiales. Beaucoup de patients semblent vouloir être acteurs de leur prise en charge.

Quand nous leur avons expliqué pourquoi nous avons choisi de réaliser le test, beaucoup étaient intéressés par leurs résultats. Cela a même abouti parfois à des conseils nutritionnels en fin de consultation.

Lors des réponses, les patients admettaient volontiers leurs troubles et mettaient eux-même l'accent sur leur problème de consommation.

Il est logique de penser connaître nos patients lorsque nous les suivons depuis plusieurs années, parfois des familles de génération en génération. Malheureusement, cela semble être bien loin de la réalité.

Chez une même personne, un événement de la vie peut vite amener à des troubles du comportement alimentaire. C'est pour cela que l'incidence augmente, c'est-à-dire les nouveaux cas.

Il serait peut-être souhaitable après ces différentes études de modifier nos pratiques dans l'intérêt de nos patients.

II. Limites de l'étude

Concernant le dépistage via le SCOFF-F, nous n'avons pas de suite. Combien de gens dépistés ont été pris en charge ? Combien ont vraiment été diagnostiqués souffrant de troubles du comportement alimentaire ?

Lors d'un SCOFF-F positif, nous avons transmis les coordonnées de médecins spécialisés en trouble du comportement alimentaire afin que les patients puissent être diagnostiqués et pris en charge s'ils le souhaitent.

Nous n'avons pas exclu les patients souffrant de maladie chronique entre 18 et 40 ans (par exemple : diabète, cancers ...). Nous ne savons pas si ce test est valable sur cette population ou si cela aurait au contraire amené à un biais d'attribution.

De plus nous n'avons pas mesuré l'impact du sexe du médecin concernant le dépistage des TCA.

III. Poursuite de l'étude

En accord avec la F2RSM, un poster explicatif d'alerte sera réalisé afin de sensibiliser les médecins généralistes au dépistage des TCA via le SCOFF-F pour les prochains congrès.

Dans notre étude, nous ne nous sommes pas intéressés à l'origine sociale et ethnique de la population. Cela pourrait être intéressant d'inclure les données épidémiologiques.

De même, il aurait été intéressant de tester les patients avant et après confinement afin de déterminer l'impact de l'épidémie COVID 19 sur la santé alimentaire de nos patients.

Quelques recherches commencent déjà à voir le jour. La tendance serait à l'aggravation des troubles préalables. (52) (53) (54)

CONCLUSION

Notre travail a permis de mettre en évidence un sous dépistage important des troubles du comportement alimentaire avec un manque d'utilisation du questionnaire SCOFF.

On peut se demander pourquoi le SOFF-F est aussi peu utilisé chez les médecins généralistes malgré sa rapidité et son efficacité. Il est pour autant mis en avant dans plusieurs études et recommandé par la Haute autorité de Santé.

Cette étude fait suite aux études préalablement réalisées en France sur le questionnaire SCOFF-F.

Pour poursuivre ce travail, un poster résumé d'informations sera créé avec l'aide de la cellule d'aide méthodologique de la F2RSM afin de sensibiliser le dépistage via le questionnaire.

Au moment de la rédaction, une partie de la population mondiale est en confinement. L'inactivité, l'isolement, le stress chronique, le décès seront probablement des facteurs majeurs de décompensation des maladies mentales préexistantes dont font parties les troubles du comportement alimentaire. (55)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. DSM V manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. In. (Masson; vol. American psychiatric association DSM V manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux).
2. Collège National des Universitaires en Psychiatrie (CNUP). Référentiel de psychiatrie et addictologie - Psychiatrie de l'adulte, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Addictologie - 3ème édition. In 2021.
3. James I. Hudson, Eva Hiripi, Harrison G. Pope, Jr., and Ronald C. Kessler. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. 2007;(BIOL PSYCHIATRY 2007;61:348-358).
4. H.A.S. Anorexie mentale : prise en charge. In 2010.
5. ameli.fr - Patientèle [Internet]. [cité 10 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/patientele/patientele-des-medecins.php>
6. Les jeunes conjuguent bonne santé et comportements à risque – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288286?sommaire=1288298>
7. LAMAS C., NICOLAS I., SHANKLAND R., GUELFY J.-D. ., Les troubles du comportement alimentaire. MASSON.
8. Aaron J. Blashill. Gender roles, eating pathology, and body dissatisfaction in men: A meta-analysis. *Body Image* 8 (2011) 1–11. 2010;
9. M. Valls, S. Callahana, A. Rousseau, , H. Chabrol. Troubles du comportement alimentaire et symptomatologie dépressive : étude épidémiologique chez les jeunes hommes. ENCEP-616; [Internet]. 2013; Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2013.05.003>
10. Zakhem E, El Hage R, Pezé T, Hurdiel R, Zunquin G, Theunynck D. Facteurs associés à la suspicion de troubles du comportement alimentaire chez des étudiants de l'Université du Littoral Côte d'Opale. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* [Internet]. août 2015 [cité 31 oct 2020];63(4):259-65. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0398762015003363>
11. Bénard M, Bellisle F, Kesse-Guyot E, Julia C, Andreeva VA, Etilé F, et al. Impulsivity is associated with food intake, snacking, and eating disorders in a general population. *The American Journal of Clinical Nutrition* [Internet]. 1 janv 2019 [cité 31 oct 2020];109(1):117-26. Disponible sur: <https://academic.oup.com/ajcn/article/109/1/117/5266896>

12. Melchior C, Desprez C, Riachi G, Leroi A-M, Déchelotte P, Achamrah N, et al. Anxiety and Depression Profile Is Associated With Eating Disorders in Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Front Psychiatry* [Internet]. 8 janv 2020 [cité 31 oct 2020];10:928. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2019.00928/full>
13. Andreeva VA, Tavoracci M-P, Galan P, Ladner J, Buscaïl C, Péneau S, et al. Sociodemographic correlates of eating disorder subtypes among men and women in France, with a focus on age. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. janv 2019 [cité 31 oct 2020];73(1):56-64. Disponible sur: <https://jech.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jech-2018-210745>
14. Chao-Yu Liua, Mei-Chih Meg Tsengb,*, Kuan-Yu Chenc, Chin-Hao Changd, Shih-Cheng Liaob, Hsi-Chung Chen. Sex difference in using the SCOFF questionnaire to identify eating disorder patients at a psychiatric outpatient clinic. *Comprehensive Psychiatry* 57 (2015) 160–166. 2015;
15. Patricia Westmoreland, MD, Mori J. Krantz, MD, Philip S. Mehler, MD, FAED, FACP. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *The American Journal of Medicine*. juin 2015;
16. Walter H. Kaye, MD1*, 2 Guido K. Frank, MD 2, Ursula F. Bailer, Shannan E. Henry. Neurobiology of Anorexia Nervosa: Clinical Implications of Alterations of the Function of Serotonin and Other Neuronal Systems. *PSYCHOPATHOLOGY*. (Int J Eat Disord 2005; 37:S15-S19).
17. Alexander T. Faje, Pouneh K. Fazeli, Karen K. Miller, Debra K. Katzman, Seda Ebrahimi, Hang Lee, Nara Mendes, Deirdre Snelgrove, Erinne Meenaghan, Madhusmita Misra, Anne Klibanski. Fracture Risk and Areal Bone Mineral Density in Adolescent Females with Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord* 2014; 47:458–466.
18. Renata Strumia. Eating disorders and the skin. *Clinics in Dermatology* (2013) 31, 80–85.
19. Michael J. Devlin, B. Timothy Walsh, Jack L. Katz, Steven P. Roose, Daniel M. Linkie, Louise Wright, Raymond Vande Wiele, and, Alexander H. Glassman. Hypothalamic-Pituitary-Gonadal Function in Anorexia Nervosa and Bulimia. *Psychiatry Research*, 28, 11-24, Elsevier. 1988;
20. Gero Hu'tter, Susanne Ganepola, Wolf-K. Hofmann. The Hematology of Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord* 2009; 42:293–300.
21. Elizabeth Rowe. Early detection of eating disorders in general practice. *The Royal Australian College of General Practitioners*. REPRINTED FROM AFP VOL.46, NO.11, NOVEMBER 2017.
22. M.Galmiche, P. Déchelotte, G. Lambert, M.P. Tavoracci. Prévalence des troubles du comportement alimentaire au cours de la période 2000-2018 : une revue systématique de la littérature. *Nutrition Clinique et Métabolisme* Volume 33, Issue 1, March 2019, Page 112.
23. Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encéphale* 46 (2020) S43–S52 [Internet]. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.007>

24. Corinne Blanchet, Dominique Cassuto, Marie Rose Moro. GÉRER UN TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES (TCA) EN SITUATION DE CONFINEMENT. 24 mars 2020; Disponible sur: <http://www.ffab.fr>
25. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires.
26. Le patient et son généraliste « médecin traitant ». SFMG. sept 2010;
27. Leveque, Drahi, Le Noc. Autoquestionnaires médicaux : une piste d'amélioration des soins ? La revue de Médecine Générale 2008;22(806):715-716.
28. Dépistage et prévention [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 10 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_410171/fr/depistage-et-prevention
29. Idris Guessous, Jean-Michel Gaspoz, Fred Paccaud, Jacques Cornuz. Dépistage: principes et méthodes.
30. F. Duarte Garcia. Troubles du comportement alimentaire : mieux dépister pour traiter précocement. Correspondances en Métabolismes Hormones Diabètes et Nutrition - Vol XV - nos9-10 - novembre-décembre 2011.
31. John F Morgan, Fiona Reid, J Hubert Lacey. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. 4 déc 1999;
32. Victoire Vierling, Sophie Etori, Lisa Valenti, Marine Lesage, Marie Pigeyre , Vincent Dodin, Olivier Cottencin, Dewi Guardia. Prévalence et impact de l'état de stress post-traumatique chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire. la presse médicale. nov 2015;
33. D. Guardia • M. Metral • M. Pigeyre • I. Bauwens • O. Cottencin • M. Luyat. Body distortions after massive weight loss: lack of updating of the body schema hypothesis. Springer International Publishing Switzerland 2013. :Eat Weight Disord (2013) 18:333-336.
34. James Lock, W. Stewart Agras, Daniel Le Grange, Jennifer Couturier, Debra Safer, Susan W. Bryson. Do End of Treatment Assessments Predict Outcome at Follow-up in Eating Disorders? (Int J Eat Disord 2013; 46:771–778).
35. Nicolas Simioni, Olivier Cottencin. Resurgence of Anorexic Symptoms During Smoking Cessation in Patients with a History of Anorexia Nervosa: An Unseen Problem?—Report of Two Cases. International Journal of Eating Disorders 48:6 798–801 2015. 2015;
36. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
37. 2.2EVALUATION DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES - Docteur de l'université pierre et marie curie [Internet]. [cité 10 janv 2021]. Disponible sur: <https://m.20-bal.com/literatura/22151/index.html?page=4>
38. Fairburn CG. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). (1):4.

39. Eric Strother, Raymond Lemberg, Stevie Chariese Stanford, Dayton turberville. Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. 2012;
40. THELEN, FARMER, WONDERLICH, AND SMITH. A Revision of the Bulimia Test: The BULIT-R. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991 Vol3, No 1,119-124. 1991;
41. M Henderson, C P Freeman. A self-rating scale for bulimia. The « BITE ». *Br J Psychiatry* 1987 Jan;150:18-24.
42. Wilson, Touyzn Dunn, Beumont. The Eating Behavior Rating Scale (EBRS): A Measure of Eating Pathology in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, Vol 8, No 5, 583-592. :1989.
43. Botella J, Sepúlveda AR, Huang H, Gambará H. A meta-analysis of the diagnostic accuracy of the SCOFF. *Span J Psychol.* 2013;16:E92.
44. Mond JM, Myers TC, Crosby RD, Hay PJ, Rodgers B, Morgan JF, et al. Screening for eating disorders in primary care: EDE-Q versus SCOFF. *Behaviour Research and Therapy* [Internet]. mai 2008 [cité 2 nov 2020];46(5):612-22. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005796708000351>
45. FREDERICO DUARTE GARCIA¹, SÉBASTIEN GRIGIONI¹, SAMIR CHELALI¹, GILLES MEYRIGNAC³, FLORENCE THIBAUT² & PIERRE DECHELOTTE¹. Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. 2010;
46. Frederico Duarte Garcia^{a,*},c, Sébastien Grigioni^{a,c}, Elodie Allais^{a,c}, Emmanuelle Houy-Durand^{b,c}, Florence Thibaut^{b,d}, Pierre Déchelotte. Detection of eating disorders in patients: Validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. *Clinical Nutrition* 30 (2011) 178e181. 2011;
47. Garcia FD, Grigioni S, Allais E, Houy-Durand E, Thibaut F, Déchelotte P. Detection of eating disorders in patients: Validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. *Clinical Nutrition* [Internet]. avr 2011 [cité 31 oct 2020];30(2):178-81. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261561410001809>
48. Kutz AM, Marsh AG, Gunderson CG, Maguen S, Masheb RM. Eating Disorder Screening: a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Characteristics of the SCOFF. *J GEN INTERN MED* [Internet]. 1 mars 2020 [cité 30 oct 2020];35(3):885-93. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05478-6>
49. E. Zakhem ^{a,b}, R. El Hage ^{a,*}, T. Peze ^b, R. Hurdiel ^b, G. Zunquin ^b, D. Theunynck ^b. Facteurs associés à la suspicion de troubles du comportement alimentaire chez des étudiants de l'Université du Littoral Côte d'Opale. 2015;Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 63 (2015) 259-265.
50. Marc Bénard,¹ France Bellisle,¹ Emmanuelle Kesse-Guyot,¹ Chantal Julia,^{1,2} Valentina A Andreeva,¹ Fabrice Etilé,³ Gérard Reach,⁴ Pierre Dechelotte,⁵ Marie-Pierre Tavolacci,⁶ Serge Hercberg,^{1,2} and Sandrine Péneau. Impulsivity is associated with food intake, snacking, and eating disorders in a general population. 2018 *American Society for Nutrition*(108:1-10).

51. Noma S, Nakai Y, Hamagaki S, Uehara M, Hayashi A, Hayashi T. Comparison between the SCOFF Questionnaire and the Eating Attitudes Test in patients with eating disorders. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* [Internet]. janv 2006 [cité 2 nov 2020];10(1):27-32. Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13651500500305275>
52. Sandra Schlegl, Adrian Meule, Matthias Favreau, Ulrich Voderholzer. Bulimia nervosa in times of the COVID-19 pandemic— Results from an online survey of former inpatients. *Eur Eat Disorders Rev* 2020;1–8.
53. Sandra Schlegl, Julia Maier, Adrian Meule, Ulrich Voderholzer. Eating disorders in times of the COVID-19 pandemic—Results from an online survey of patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2020;1–10.
54. Jet D. Termorshuizen, Hunna J. Watson ,Laura M. Thornton, Stina Borg , Rachael E. Flatt, Casey M. MacDermid, Lauren E. Harper, Eric F. van Furth,, Christine M. Peat , Cynthia M. Bulik. Early impact of COVID-19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of 1,000 individuals in the United States and the Netherlands. *Int J Eat Disord* 2020;1–11.
55. S. Touyz,H. Lacey, P.Hay. Eating disorders in the time of COVID-19. *Touyz et al Journal of Eating Disorders* (2020) 8:19.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'information

LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX PATIENTS POUR PARTICIPATION A UNE RECHERCHE BIOMEDICALE

Titre de la recherche :

Le SCOFF, dépistage des troubles du comportement alimentaire en soins primaires dans le Nord entre 18 et 40 ans , entre août et octobre 2020

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique dans le cadre d'un travail de thèse qui concerne la recherche pour l'amélioration de l'offre de soins en santé mentale en médecine générale.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Justification de l'étude :

Nous constatons une sous utilisation du questionnaire validé SCOFF en soins primaires et un sous diagnostic des troubles du comportement alimentaire.

Objectifs de l'étude :

Savoir si le manque d'utilisation du questionnaire SCOFF pourrait engendrer un sous dépistage des troubles du comportement alimentaire en médecine générale.

Déroulement de l'étude :

C'est une étude observationnelle prospective réalisée dans trois cabinets de médecine générale. Cette étude se déroule dans le nord entre janvier et avril 2020.

Le questionnaire SCOFF est proposé en fin de consultation avec explication orale et présentation de cette lettre d'information.

Les sujets inclus sont les femmes et les hommes entre 18 et 40 ans. Les données sont répertoriées de façon anonyme.

CARON Mélodie

Bénéfices de l'étude :

Nous espérons que cette étude permettra de mettre en évidence le sous dépistage des troubles du comportement alimentaire sans le questionnaire SCOFF et ainsi faire connaître cette méthode aux médecins généralistes. Cette étude sera bénéfique pour les patients qui seront d'avantage dépistés et prise en charge plus rapidement.

Résultats :

Si vous le souhaitez, les résultats globaux de cette étude et publications seront disponibles sur simple demande auprès de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie des Hauts de France (contact@f2rsmpsy.fr).

Confidentialité – Aspects éthiques et réglementaires :

Si vous le souhaitez, vous pouvez poser toutes les questions et avoir toutes les explications nécessaires auprès du médecin responsable : *CARON Mélodie* ,
melodiecaron64@gmail.com.

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation, et cela n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Dans le cadre de cette recherche, vos réponses restent confidentielles, c'est-à-dire qu'elles seront anonymisées et ne seront transmises qu'aux personnes impliquées dans la recherche.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au règlement européen sur la protection des données personnelles (2016/679), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit de suppression, de limitation et de portabilité de vos données utilisées et traitées

L'absence de réponse aux questionnaires de votre part sera considérée comme une opposition, et le fait de répondre aux questionnaires fera quant à lui office de non-opposition de votre part et acte de consentement.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

Annexe 2 : Questionnaire SCOFF-F

Questionnaire SCOFF

1 - Vous êtes vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ?

Oui Non

2 - Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?

Oui Non

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

Oui Non

4 - Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?

Oui Non

5 - Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?

Oui Non

Interprétation

Deux réponses positives ou plus révèlent un possible trouble du comportement alimentaire

Annexe 3 : Données EXCEL

Sexe	H	Age					SCOFF					TOTAL
		18-20 ans	20-25 ans	25-30 ans	30-35 ans	35-40 ans	1	2	3	4	5	
1					1		0	0	1	0	0	1
	1			1			0	1	0	0	1	2
	1	1					0	1	0	0	0	1
1			1				1	0	0	1	1	3
1					1		0	0	0	0	0	0
	1		1				1	1	0	0	1	3
1				1			0	0	0	0	1	1
	1				1		0	0	0	0	1	1
	1					1	0	0	0	0	1	1
1		1					1	0	0	0	0	1
	1			1			0	0	0	0	1	1
	1				1		0	0	0	0	1	1
	1					1	0	0	0	0	1	1
1		1					1	0	0	1	0	2
	1			1			1	0	0	0	1	2
1		1					0	1	1	0	0	2
	1		1				0	1	0	0	1	2
	1				1		0	0	0	0	0	0
1		1					0	0	0	0	0	0
1			1				0	0	0	0	0	0
1					1							
1		1					0	0	0	0	1	1
1			1				0	0	0	0	0	0
	1			1			1	0	0	0	1	2
	1			1			0	0	0	0	0	0
	1				1		0	0	0	0	0	0
1					1		0	0	0	0	1	0
1		1					1	1	0	0	1	3
1		1					0	0	0	0	0	0
1		1			1		1	0	0	1	0	2
1	1					1	0	0	0	0	1	1
	1		1				0	0	0	0	1	1
	1		1				0	0	0	0	1	1
	1				1		0	1	0	0	0	1
1		1					0	0	0	0	0	0
1					1		0	0	1	0	0	1
1					1		0	0	0	0	1	1
	1	1					0	0	0	1	0	1
	1			1			0	0	0	0	0	0
	1			1								
1				1								
1		1		1			0	0	0	0	1	1
1				1			1	1	0	0	0	2
1		1					0	0	0	0	1	1

CARON Mélodie

	1			1	0	0	0	0	0	0	0
	1				1	0	0	0	0	0	0
1				1							
1			1			0	0	0	0	0	0
	1				1	0	1	0	0	1	2
	1				1	0	1	0	0	0	1
1				1		0	1	1	0	0	2
1				1		0	0	0	0	0	0
1			1			0	1	0	0	0	1
1					1						
	1			1		0	0	0	0	0	0
1			1			1	1	0	0	1	3
	1				1						
1				1							
1					1						
1				1		0	0	0	0	1	1
1			1			1	0	0	1	1	3
	1				1	0	0	0	0	1	1
	1				1						
	1				1	0	1	0	0	0	1
	1				1	0	0	0	0	0	0
	1	1				0	1	0	1	0	2
1				1		0	0	0	0	1	1
	1				1	0	0	0	0	0	0
1			1			0	1	0	0	1	2
	1			1		0	0	0	0	0	0
	1	1				0	0	0	0	0	0
1		1				0	1	0	0	1	2
1				1		0	0	0	0	1	1
	1				1	0	0	0	0	0	0
	1				1	0	0	0	0	0	0
	1				1	0	1	0	0	1	2
1					1	0	0	0	0	1	1
	1				1	0	0	0	0	1	1
	1		1			0	0	0	0	0	0
	1			1		0	0	0	0	1	1
1					1						
	1				1	0	0	0	0	0	0
1			1			0	1	0	0	1	2
1				1		0	0	0	0	0	0
	1				1						
1					1	0	1	0	0	1	2
1					1	0	0	0	0	0	0
1				1		0	1	0	0	0	1
1				1		0	0	0	0	1	1
1					1						
1					1	0	1	0	0	0	1
1					1	0	1	0	0	0	1
1					1	0	0	0	0	0	0
1					1	0	0	0	0	0	0

CARON Mélodie

				1							
			1		0	0	0	0	0	0	0
	1										
			1		0	0	0	0	0	1	1
		1			0	0	0	0	0	1	1
				1	0	0	0	0	0	0	0
				1	0	0	1	0	0	1	2
				1	0	0	0	0	0	0	0
	1				0	0	0	0	0	1	1
		1			0	0	0	0	0	1	1
		1			1	0	0	0	0	1	1
	1				0	0	0	0	0	1	1
			1								
			1								
	1				0	0	0	0	0	1	1
			1		0	0	0	0	0	1	1
1					0	0	0	0	0	0	0
	1				0	0	0	0	0	0	0
	1				0	0	0	0	0	0	0

AUTEUR : Nom : CARON

Prénom : Mélodie

Date de soutenance : 17 mars 2021

Titre de la thèse : Le SCOFF , dépistage des troubles du comportement alimentaire en soins primaires dans le Nord entre 18 et 40 ans, entre janvier et avril 2020.

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Psychiatrie, Nutrition, Santé Publique

DES + spécialité : Médecine générale

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

Résumé :

Introduction: Les troubles du comportement alimentaire sont peu diagnostiqués en soins primaires. La symptomatologie variable rend difficile le diagnostic qui est souvent tardif. Le questionnaire SCOFF permet le dépistage des TCA, validé en médecine générale. Très utilisé au Royaume uni depuis sa création en 1999, il n'est cependant pas entré dans la pratique courante en France malgré les recommandations de la Haute autorité de Santé en 2010.

Matériel et méthode: Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective faite dans 3 cabinets de médecine générale dans le Nord. Le recueil a été réalisé via le SCOFF-F entre janvier et avril 2020. Les sujets inclus sont les patients entre 18 et 40 ans, hommes et femmes. Les sujets exclus étant les mineurs, les patients >40 ans. Le questionnaire était proposé en fin de consultation à chaque patient répondant aux critères après accord de leur part par voie orale. Les données ont été répertoriées de façon anonyme sans classement par rapport aux différents cabinets.

Résultats: Sur les 117 patients inclus dans l'étude, un seul patient homme était pris en charge pour un trouble du comportement alimentaire (anorexie mentale). Aucune femme n'était connue.

Sur les 117 patients , 24,7 % ont été dépistés positivement au trouble du comportement alimentaire après le SCOFF-F soit 23,85 % de plus que sans le questionnaire. Nos résultats n'ont pas permis de mettre en évidence de différence entre les deux sexes ($p=0,58$) ni une différence selon la tranche d'âge ($p=0,7$).

Conclusion: Le SCOFF-F dans la population étudiée semble dépister très nettement les TCA en soins primaires. Facile, rapide d'utilisation, il permet de dépister plus largement les patients et ainsi faciliter une prise en charge précoce.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseur : Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Abdalla MOSSAD