

Évaluation en médecine de soins primaires chez des patients entre 15 et 45 ans de l'apport de l'auto-questionnaire SCOFF-F dans le dépistage des troubles du comportement alimentaire en comparaison aux pratiques habituelles

Émilie Traccucci

▶ **To cite this version:**

Émilie Traccucci. Évaluation en médecine de soins primaires chez des patients entre 15 et 45 ans de l'apport de l'auto-questionnaire SCOFF-F dans le dépistage des troubles du comportement alimentaire en comparaison aux pratiques habituelles. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00877972

HAL Id: dumas-00877972

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00877972

Submitted on 30 Oct 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

Evaluation en médecine de soins primaires chez des patients entre 15 et 45 ans de l'apport de l'auto-questionnaire SCOFF-F dans le dépistage des troubles du comportement alimentaire en comparaison aux pratiques habituelles

THESE

Présentée et soutenue publiquement devant

LA FACULTE DE MEDECINE NICE

Le 28 juin 2013

par

Emilie TRACCUCCI

Discipline Médecine

Jury

Monsieur le Professeur Stéphane SCHNEIDER	Président
Madame le Professeur Florence ASKENASY	Assesseur
Monsieur le Professeur SAUTRON Jean-Baptiste	Assesseur
Madame le Docteur Brigitte MONNIER	Assesseur
Monsieur le Docteur Gilbert ZEANANDIN	Directeur

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

Evaluation en médecine de soins primaires chez des patients entre 15 et 45 ans de l'apport de l'auto-questionnaire SCOFF-F dans le dépistage des troubles du comportement alimentaire en comparaison aux pratiques habituelles

THESE

Présentée et soutenue publiquement devant

LA FACULTE DE MEDECINE NICE

Le 28 juin 2013

par

Emilie TRACCUCCI

Discipline Médecine

Jury

Monsieur le Professeur Stéphane SCHNEIDER	Président
Madame le Professeur Florence ASKENASY	Assesseur
Monsieur le Professeur SAUTRON Jean-Baptiste	Assesseur
Madame le Docteur Brigitte MONNIER	Assesseur
Monsieur le Docteur Gilbert ZEANANDIN	Directeur

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

Liste des professeurs au **1er mars 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen M. BAQUÉ Patrick

Assesseurs M. BOILEAU Pascal
M. HEBUTERNE Xavier
M. LEVRAUT Jacques

Conservateur de la bibliothèque M. SCALABRE Grégory

Chef des services administratifs Mme HIZEBRY Valérie

Doyens Honoraires M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FREYCHET Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAPALUS Philippe
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M. EMILIOZZI Roméo
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand

Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIREE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53-01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GERARD Jean-Pierre	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HEBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme	LEBRETON Elisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	ORTONNE Jean-Paul	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BERARD Etienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)

M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIME Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépato-Gastroentérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUE Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOUTTE Patrick	Pédiatrie (54.01)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie Plastique (50.04)
M.	FERRARI Emile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUERIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PRADIER Christian	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie – virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
M.	GIUDICELLI Jean	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mme	HINAULLT Charlotte	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie–Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	MAGNE Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	MAGNIE Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et Mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIES

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
Mme.	KLEEFIELD Sharon	Médecine Légale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNES DE L'UNIVERSITE

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	MAGNE Jacques	Biophysique
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publi

Remerciements

Je remercie Monsieur le **Docteur Gilbert ZEANANDIN**
d'avoir été le directeur de ma thèse de médecine générale
en tant que praticien hospitalier en gastro-entéro-hépatologie, nutritionniste au CHU Nice,
de m'avoir donné sa confiance pour venir à bout de ce projet
et de m'avoir donné l'occasion de réaliser une thèse avec un sujet me passionnant.

Je remercie Monsieur le **Professeur Stéphane SCHNEIDER,**
de me faire l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse en médecine générale
en tant que professeur des universités et praticien hospitaliser en gastro-entéro-hépatologie,
responsable du service Nutrition du CHU Nice.

Je remercie Madame le **Professeur Florence ASKENASY**,
de me faire l'honneur d'accepter de faire partie du jury de cette thèse en médecine générale,
en tant que pédopsychiatre et professeur des universités,
chef de service de Pédospychiatrie au CHU-Lenval Nice.

Je remercie Monsieur le **Professeur Jean-Baptiste SAUTRON**,
de me faire l'honneur d'accepter de faire partie du jury de cette thèse en médecine générale,
en tant que médecin généraliste et professeur des universités.

Je remercie Madame le **Docteur Brigitte MONNIER**
de me faire l'honneur d'accepter de faire partie du jury de cette thèse en médecine générale,
en tant que médecin généraliste et maitre de conférence associée.

Je remercie grandement tous les médecins généralistes de Nice et du Var
d'avoir gentiment accepté de participer à cette étude
et d'avoir consacré de leur temps précieux pour répondre avec attention aux questionnaires.
C'est grâce à vous que le recueil des données a été possible.

Remerciements

Aux **Pr ESNAULT** (chef de service de néphrologie, CHU Nice),
Dr MAILLET (chef de service B2, Clinique Les Sources),
Dr MATTEI (chef de service du SAU, CH Menton) et au
Dr DERICAUD (chef de service de pédiatrie, Hôpital CHU- Lenval Nice)
de m'avoir enseigné un peu de leurs spécialités
au cours de mes semestres dans leurs différents services.

Aux médecins généralistes et maitres de stage,
Dr MONNIER et **Dr LAIGLE**
de m'avoir consacré du temps et de l'énergie pour me faire découvrir la médecine générale de ville et semi rurale et
de m'avoir permis de faire mes premiers pas lors de mon semestre chez le praticien.

Aux médecins généralistes et maitres de stage,
Dr CHRESTIAN, **Dr LAGARDE** et **Dr PHILIP**
de m'ouvrir les portes de leur cabinet et de me confier leurs patients pour me permettre de confirmer mon envie et me guider dans mon projet d'exercer la médecine générale en cabinet.

Aux équipes soignantes et secrétaires
des services de l'ancien A1 de la néphrologie à l'Hôpital Pasteur,
du B1 et B2 de la Clinique Les Sources,
du SAU de l'Hôpital de Menton
et du 4ème étage de l'Hôpital CHU- Lenval,
de m'avoir guidé dans mes débuts, de m'avoir soutenue dans les périodes de travail intenses et d'avoir partagé ma pause-café chaque matin.

Remerciements

A mes parents
Aimer sans étouffer,
Guider sans imposer,
Libérer sans abandonner,
Epauler sans rabaisser,
Supporter sans rejeter,
Vous n'auriez pu mieux faire avec cette petite fille aux couettes, fière sur son vélo tout neuf
Aujourd'hui entièrement reconnaissante de vous avoir à ses côtés.
Je vous dois cet instant solennel
Je vous aime.

A Cyril
Pour tous les G.I. Joe que je t'ai piqué, pour tous les tours de vélos dans l'allée,
pour les nombreuses disputes mais aussi les nombreux fous rires de notre enfance.
Je te souhaite de la réussite dans tous tes projets
pour vivre sereinement et selon tes choix.

A Maxime,
Je n'arrêterai jamais de t'embêter (sinon c'est pas drôle !!)
C'est ma façon de m'excuser de ne pas te voir grandir
et de ne pas être près de toi pour t'aider dans tes devoirs
ou pour t'aider à construire tes maisons Play mobil.

A ma Famille,
Pour ceux présents ce jour de grande importance malgré les kilomètres
Pour ceux pour qui la distance a été, avec regret, un frein à leur présence.
Même loin je pense à vous souvent.

Au Pr SALLES et au Dr JOUCLARD
Votre empathie et votre sympathie m'ont aidé à traverser paisiblement
les éprouvants mois à l'aube de ma maturité.
Je suis ici ce jour en partie grâce à vous.

A Marie-France BALME, Henri GONIN et Jean Marc REVOL
Vous m'avez prise sous vos ailes pour me permettre de m'évader dans le sport
et me faire découvrir des disciplines improbables.

Au Pr COCHAT
pour m'avoir accordé une seconde chance afin de rebondir.

A Claire,
Les retours nocturnes sur l'avant d'un Vélo'V
sont évocateurs de nombreux souvenirs !
J'ai partagé avec toi les meilleurs moments de mon externat.
Je te souhaite tous mes vœux de bonheur pour l'évènement à venir…

A Marine et Olivier
Vous m'avez accueillie à bras ouverts dans votre petit monde
et vous avez rendu ma migration niçoise
plus qu'agréable et pleine de chaleureux instants.
Finalement la néphrologie a du bon… !

A Flore
Ta vision des choses et ta capacité à traverser les épreuves,
toujours la tête haute et avec classe,
me laisse souvent admirative (même assise place Masséna au petit matin)
Vivement le Pérou !

A Rach, Mathieu, Pascal, Léa
La part des anges, le Master, les coulisses, l'Etoile, chez Pippo
Toutes ces bonnes soirées en votre charmante compagnie !

A Claire, Audrey et Colette
Nos pauses repas et nos discussions sur la terrasse avec (magnifique) vue mer
vont me manquer cet été !
Merci de m'avoir supportée durant un an et demi, vous avez été de super colloc
(même si certains n'ont pas été de bons propriétaires…)

A Aurélie, Cécile et Sarah
A nos soirées filles
où jamais une histoire sur un voyage en Thaïlande ne m'aura fait autant rire !
Antoine, j'ai hâte de te faire ta connaissance !

A Mathieu
Mon ordinateur au parfum café remercie ta gentillesse (et les talents informatique de Bill !!).
Tes longs « sermons » m'ont également évité de me noyer durant cette première phase de réalisation de la thèse.

A toutes mes nouvelles et agréables rencontres depuis mon arrivée dans la région
(ils et elles se reconnaîtront),
Merci pour m'avoir accueillie chez vous alors que vous ne me connaissiez pas,
Merci de me faire découvrir la région, vos passions musicales,
la nourriture niçoise, (prochainement) la salsa, etc.
J'espère partager encore pleins de bons moments avec vous.

A tous celles et ceux qui m'ont permis d'avancer chaque jour un peu plus facilement.

A ceux que j'ai oublié mais qui ne m'en voudront pas (enfin je l'espère…)

Et enfin,

A Ségolène,
Toute petite tu dansais avec grâce et sourire, cela n'a pas changé.
Très fière d'avoir été la marraine d'une jeune fille aussi brillante et déterminée,
je suis surtout contente de connaitre une jeune femme aussi gentille et sensible.
Tu seras un grand médecin, j'en suis intimement convaincu.

Je vous dédie cette thèse

Table des matières

Liste des tableaux 1
Liste des figures 2
Liste des annexes 2
Liste des abréviations 3
Avant-propos 6
1 Etat de la littérature 8
1.1 Historique 8
1.1.1 Anorexie mentale : du mystique à la mode 8
1.1.2 Boulimie : du convivial à la maladie que l'on cache. 9
1.2 Classification des TCA 9
1.2.1 Supports de classification 9
1.2.3. Evolutions des critères diagnostiques et des classifications des TCA selon le DSM (du DSM-II au DSM-IV) 13
1.2.2 Modifications récentes 15
1.3 Epidémiologie 16
1.3.1 Prévalence de l'anorexie mentale et de la boulimie 16
1.3.2 Incidence de l'anorexie mentale et de la boulimie 17
1.3.3 Cas particulier, les EDNOS 18
1.3.4 Epidémiologie des TCA dans les pays non occidentaux et parmi les minorités ethniques 18
1.4 Une maladie complexe 19
1.4.1 Une physiopathologie complexe et peu élucidée 19
1.4.2 Une clinique peu fiable 19
1.4.3 Une prise en charge thérapeutique souhaitée multidisciplinaire 20
1.5 Devenir 21
1.6 Rôle du médecin généraliste dans le dépistage précoce 23
1.7 Recommandations 23
1.8 Outils de dépistage 24
1.8.1 Échelles d'évaluation des TCA 24
1.8.2 Auto-questionnaire SCOFF, un récent outil de dépistage des TCA 25
2 Problématique et enjeux 28
3 Moyens et Méthodologie 29
3.1 Type d'étude 29
3.1.1 Objectifs 29

3.1.2 Sujets et outils....29
3.2 Questionnaires patient et médecin....30
3.2.1 SCOFF-F et sa faisabilité....30
3.2.2 Questionnaire médical relatif au phénotype patient....30
3.2.3 Fiche médicale....31
3.3 Méthodes (modalités de diffusion du questionnaire, du remplissage, du recueil des données à partir du questionnaire et hors questionnaire)....31
4 Analyse statistique....33
5 Résultats....34
5.1 Analyse des populations....34
5.1.1 Caractéristiques de médecins....34
5.1.2 Caractéristique des populations....35
5.2 Analyse des questionnaires....36
5.2.1 SCOFF-F :....36
5.2.2 Questionnaire médical....38
5.3 Analyse comparative....40
5.3.1 Dépistage des TCA selon les pratiques médicales habituelles comparé au dépistage en recourant au SCOFF-F....40
5.3.2 Comparaison des diagnostics primaires, motifs de consultation et diagnostics secondaires selon le score SCOFF-F....41
6 Discussion....43
6.1 Analyse des résultats....43
6.2 Limites de l'étude....48
6.3 Implication pratique de l'étude....48
7 Conclusion....49
Annexes....50
Annexe 1 : Questionnaire SCOFF-F....50
Annexe 2 : Questionnaire médical....51
Annexe 3 : Fiche de suivi....52
Bibliographie....53
Serment d'Hippocrate....60

Liste des tableaux

Tableau I : Critères diagnostiques de l'anorexie mentale selon les classifications internationales (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM- IV) et Classification Internationale des Maladies (CIM 10)) ……11

Tableau II : Critères diagnostiques de la boulimie selon les classifications internationales (*Diagnostic and statistical manual of mentaldisorders* (DSM- IV) et Classification Internationale des Maladies (CIM 10)) ……... 12

Tableau III : Critères diagnostiques des troubles du comportement alimentaire (TCA) atypiques selon les classifications internationales (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM- IV) et Classification Internationale des Maladies (CIM10)) ……..…12

Tableau IV : Critères de définition de l'anorexie mentale : de Russel au DSM-V ……13

Tableau V : Critères de définition de la boulimie : de Russel au DSM-V …….....14

Tableau VI : Autres questionnaires d'évaluation des TCA ……....25

Tableau VII : Caractéristiques et propriétés psychométriques des tests d'évaluation des TCA les plus utilisé en comparaison avec le questionnaire SCOFF-F ……27

Tableau VIII : Répartition des qualifications chez les MG ayant accepté de participer (certains MG cumulaient plusieurs spécificités) 35

Tableau IX : Répartition des patients en fonction de leur score au SCOFF-F (< ou ≥ 2) et leur sexe (n = nombre absolu de patients).....36

Tableau X : Répartition des diagnostics principal/motif de consultation et diagnostics secondaires (n = nombre absolu de patients; autres : symptôme neurologique, cutané, rhumatologique,…).....39

Tableau XI : Répartition des réponses du praticien (oui/non) aux trois derniers items du questionnaire médical (n = nombre absolu de patients).....39

Tableau XII : Répartition des réponses (oui/non) des MG au diagnostic probable de TCA en fonction du score du SCOFF-F (n = nombre absolu de patients)……40

Tableau XIII: Répartition des diagnostics principaux et motifs de consultation en fonction du score du SCOFF-F n = nombre absolu de patient; p = différence statistique).....41

Tableau XIV : Répartition des diagnostics secondaires en fonction du score du SCOFF-F (n = nombre absolu de patients; p = différence statistique)……..42

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des patients selon le score du SCOFF-F et en fonction de leur âge, taille, poids et IMC (p = différence statistique)…… ..37

Figure 2 : Répartition des patients (n = 210) en fonction du score du SCOFF-F.…….....37

Figure 3 : Répartition des réponses positives aux 5 items du SCOFF-F selon le score total….....38

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire SCOFF-F.....50

Annexe 2 : Questionnaire médical.....51

Annexe 3 : Fiche de suivi.....52

Liste des abréviations

AN	*Anorexia nervosa*
AM	Anorexie mentale
APA	*American Psychiatric Association*
BED	*Binge eating disorder*
BITE	*Bulimic inventory test Edimburg*
BN	*Bulimia nervosa*
BULIT	*Bulimia test*
CIM	Classification Internationale des Maladies
cm	centimètres
DSM	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
EAT	*Eating attitude test*
ED	*Eating disorder*
EDE-Q	*Eating disorder examination questionnaire*
EDI	*Eating disorder inventory*
EDNOS	*Eating Disorders No Otherwise Specified*
FEDNEC	*Feeding or Eating Disorders Not Elsewhere Classified*
HAS	Haute Autorité Sanitaire
IMC	Indice de masse corporelle
kg	kilogrammes
MG	Médecin Généraliste
MT	Médecin Traitant
n	nombre
NICE	*National Institute for Clinical Excellence*
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

OR	*Odd-ratio*
p	*p-value*
r	coefficient de Pearson
SCOFF	Acronyme de *Sick, Control, One, Fat, Food*
SCOFF-F	Acronyme de *Sick, Control, One, Fat, Food* version française
Se	Sensibilité
Sp	Spécificité
TCA	Trouble du Comportement Alimentaire
TOC	Trouble Obsessionnel Compulsif
VPN	Valeur Prédictive Négative
VPP	Valeur Prédictive Positive

« La valeur gastronomique prime la valeur alimentaire et c'est dans la joie et non pas dans la peine que l'homme a trouvé son esprit. La conquête du superflu donne une excitation spirituelle plus grande que la conquête du nécessaire. L'homme est une création du désir, non pas une création du besoin. »

Gaston Bachelard (La psychanalyse du feu)

Avant-propos

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) peuvent se définir comme toutes conduites alimentaires différentes de celles habituellement adoptées par des individus placés dans le même environnement nutritionnel et socioculturel, ayant un retentissement négatif à des degrés variables sur la santé physique et mentale de l'individu, et non secondaire à un désordre somatique et psychiatrique. Jusqu'à peu, la classification des TCA était réduite à reconnaître officiellement comme forme syndromique l'anorexie mentale et la boulimie, le reste des troubles comportementaux étant relégué au titre de TCA non spécifiques (en anglais EDNOS pour Eating Disorders Non Other Specified). La version 5, la plus récente, du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), communément intitulé DSM, a pallié à cet écueil en discernant des entités à part entière comme l'hyperphagie compulsive et l'hyperphagie nocturne. En France, les données épidémiologiques dans la population générale sont rares, concernent essentiellement l'anorexie mentale, et sont issues de méthodologie de dépistage très variables. L'âge moyen de déclaration des premiers troubles se situe entre 13 et 18 ans, plus de la moitié est constituée de formes autres que l'anorexie mentale et la boulimie. Une thèse de médecine générale, soutenue en 2007 à Rouen, qui avait étudié au travers d'une vaste enquête les habitudes alimentaires des adolescents, avait rendu compte qu'un quart d'entre eux risquait de développer un TCA (1). Si la forte médiatisation sur le sujet a eu le mérite de sensibiliser la population générale à ces maladies, elle ne semble pas avoir fait reculer leur incidence comme leur prévalence. Les TCA sont à l'origine d'une morbidité et d'une surmortalité importantes, associées à une souffrance et à un handicap social significatifs. Leur pronostic est fortement déterminé par la durée d'évolution de la maladie avant le début de la prise en charge. La réduction du délai avant le diagnostic, la prise en charge précoce et les programmes de prévention s'adressant aux populations à risque améliorent le pronostic de ces troubles (2). Le médecin généraliste (MG) participe pleinement à cette démarche. Dans l'étude Normanut-2, menée en Haute Normandie, seul un cas sur deux des TCA était diagnostiqué par le MG (3). Cet écueil soulève un certain nombre d'interrogations : conséquence directe du comportement des patients à cacher ou minimiser leurs troubles ? Discrétion des signes cliniques ? Formes frustres de boulimie et d'anorexie ? Un manque d'outils de dépistage disponibles pour le corps médical en dehors d'une sensibilisation insuffisante ? Si la dissimulation de la maladie est bien présente, il semble que l'absence de dépistage systématisé concourt à ces mauvais

résultats. Pourtant, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis en 2010 des recommandations sur la prise en charge du parcours de soins des patients atteints d'anorexie mentale et sur les outils d'aide au diagnostic comme l'auto-questionnaire SCOFF (acronyme de Sick, Control, One stone, Fat, Food) (4,5). Simple, rapide, d'interprétation facile, gratuit et fiable, ce questionnaire permet de repérer un phénotype de TCA et de réduire son délai diagnostique.

Le but principal de cette thèse a été d'évaluer, auprès d'un groupe de MG volontaires, la valeur ajoutée de ce questionnaire dans sa version française - SCOFF-F - pour optimiser le taux de dépistage des TCA et de déclencher une prise en charge précoce.

1 Etat de la littérature

1.1 Historique

1.1.1 Anorexie mentale : du mystique à la mode

Les premiers cas de restriction cognitive alimentaire rapportés entre le XIII^{ème} et le XVI^{ème} siècle chez les ascètes et les mystiques sont consacrés par le terme de sainte anorexie. Le refus alimentaire prend forme d'un jeûne rigoureux, pratique religieuse reconnue et valorisée à l'époque comme un instrument de pénitence et moyen de purification du corps. Il permet de transcender normes sociales et religieuses, en poussant parfois ce jeûne à l'extrême jusqu'à l'autodestruction comme celui, célèbre, de Catherine de Sienne. Néanmoins, à l'inverse de l'anorexie contemporaine, les saintes anorexiques ne souffrent ni d'une préoccupation tyrannique de leur poids, ni d'une recherche obsessionnelle d'un corps idéal, ni de mésestime profonde. Au XVIIème siècle, la recherche de la spiritualité n'est plus la raison principale pour les jeunes femmes de s'imposer des restrictions alimentaires drastiques. L'idée d'anorexie mentale fait alors son apparition. En 1667, le cas de Marthe Taylor, adolescente anglaise qui jeûne pendant plusieurs mois, illustre les évolutions qui commencent à naître vis-à-vis de ces comportements anorexiques; ce sont des médecins qui viennent la voir et non des religieuses, marquant l'entrée progressive de « l'anorexie » dans le champ médical. La réelle première description détaillée d'anorexie est attribuée au médecin anglais, Richard Morton, dans son ouvrage « Phtisiologia : or a treaty of consumptions ». Non seulement, il rapporte le cas d'une jeune fille de 22 ans – Miss Duke – qui présente toute la séméiologie de l'anorexie mentale mais il est aussi le premier à évoquer une hypothèse mécanistique psychique et émotionnelle (phtisie nerveuse) à une époque où les explications organicistes dominent. En 1873, le psychiatre français Charles Lasègue identifie les caractéristiques principales de cette maladie émergente au travers de la très célèbre triade encore d'actualité : anorexie, amaigrissement et aménorrhée. Un an plus tard, Sir William Gull, présente plusieurs cas de cette « nouvelle maladie » qu'il baptise *anorexia nervosa* tandis que Charcot propose l'hospitalisation comme moyen de persuasion de la reprise alimentaire par l'ennui et l'isolement de son entourage. C'est à peine en 1965, à la suite d'un symposium consacré au sujet, que l'anorexie mentale est reconnue par l'ensemble du corps médical comme une maladie à part entière et non comme une endocrinopathie orpheline. A partir de 1980, les médecins spécialistes s'intéressent aux comorbidités associées et au rôle de la société sur la pathogénèse. La minceur excessive n'est plus seulement une maladie mais elle semble

s'inscrire dans un véritable culte, largement influencé par les images véhiculées par les supports médiatiques. D'ailleurs, cette déviance d'une maladie à un phénomène sociétal sert de terreau à l'émergence dans les années 2000 de sites pro-ana prétextant l'anorexie mentale non comme une maladie mais un véritable mode de vie.

1.1.2 Boulimie : du convivial à la maladie que l'on cache.

Historiquement, les accès de boulimie ne relevaient pas d'une maladie honteuse mais revêtaient l'aspect d'actes collectifs où les phénomènes purgatoires permettaient de pallier aux banquets orgiesques. Ce n'est que bien plus tard qu'apparaissent les plus anciennes références à la boulimie. En Europe, le « dictionnaire médical » de James, apparu en 1743, fait une description détaillée des symptômes et reprend le terme antique de « bulimus » utilisé par le médecin grec Galien. Outre Atlantique, au 19ème siècle, le « New Dictionary of Medical Science » y consacre le terme de « boulimia », signifiant littéralement « faim de bœuf ». En France, la boulimie s'affiche comme un syndrome à part entière avec Blachez qui, en 1869, décrit cette persistance de la faim malgré des repas qui distendent l'estomac. Il avance un mécanisme fonctionnel en expliquant la boulimie comme une forme gastrique de désordre nerveux et propose une classification différenciant les cynorexia (formes avec vomissements) des lycorexia (forme à transit intestinal accéléré). En 1932, Wulff fait ressortir un continuum entre anorexie et boulimie. En 1959, Stunkard repère des patients obèses se levant la nuit pour manger de manière compulsive, le « night-eating syndrome ». C'est seulement depuis la seconde moitié du XXème siècle que la boulimie se différencie de l'anorexie et de l'obésité en tant qu'entité autonome. La boulimie est décrite initialement comme une « conduite impulsive », puis à partir de 1984 comme « un besoin pathologique d'absorber de grandes quantités de nourriture avec le plus souvent sensation de faim ». De nos jours, à l'instar des mouvements pro-ana, il est né ceux pro-mia, mais la boulimie reste une maladie honteuse, vivant à l'abri du regard de l'entourage, et bien loin des orgies collectives d'autrefois.

1.2 Classification des TCA

1.2.1 Supports de classification

La classification diagnostique actuelle des TCA a été le fruit d'une évolution mouvementée dans l'ornière psychiatrique et a surtout permis d'aboutir à la reconnaissance de TCA relégués au rang de TCA « borderline ». Longtemps, le cadre nosologique des TCA est demeuré réduit

à deux maladies, l'anorexie mentale et la boulimie, ou parfois même à la seule anorexie mentale. Néanmoins, ces deux tableaux cliniques, aussi bien définis soit-ils dans les classifications actuelles, ne représentent respectivement qu'à peine 10 et 20 % de l'ensemble des TCA (6). La plus grande partie des TCA (70 %) correspondent à des formes moins caricaturales, constituant les TCA dits « atypiques » ou « non spécifiés » (EDNOS, pour Eating Disorder Not Otherwise Specified). La question de la classification des TCA atypiques a fait l'objet d'une revue récente (7). Parmi les TCA atypiques, il est désormais identifié comme entités spécifiques l'hyperphagie compulsive (Binge Eating Disorder, BED) mais aussi l'hyperphagie nocturne (Night Eating Disorder, NED), toutes deux étant des causes principales de l'obésité. Selon les séries, le BED représente 30 à 50 % de tous les TCA et induit une obésité d'installation rapide et souvent sévère chez des sujets jeunes (8). Les autres TCA atypiques sont très variables en termes de présentation clinique et comportent des comportements alimentaires restrictifs (de type anorexique sans atteindre *stricto sensu* les critères diagnostiques de l'anorexie mentale), compulsifs (sans remplir les critères diagnostiques de la boulimie), avec manœuvres compensatoires (vomissements, hyperactivité,…) ou une combinaison variable de ces trois comportements. Classiquement, les TCA atypiques s'associent à un certain degré de phobie de prise de poids, de perturbation angoissante de la perception de l'image corporelle et d'obsessions alimentaires. Il existe de nombreux glissements syndromiques possibles entre TCA typiques ou atypiques chez le même patient en fonction du temps (9).

Deux classifications principales coexistent en psychiatrie :

– la classification du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM), établie par l'association des psychiatres américains (American Psychiatry Association, ou APA) (10). La 5ème version (ou DSM- V) est apparue depuis Mai 2013.

– la Classification Internationale des Maladies (actuellement CIM 10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (11).

Si le DSM-I (1952, inspiré de la CIM-6) a été le premier manuel officiel des troubles mentaux à se centrer sur l'utilité clinique, le DSM-III (1980) a eu pour objectif de permettre des comparaisons inter ou intra population. Son système multiaxial tenait compte à la fois de la présentation clinique principale, des comorbidités et du retentissement sur la vie du sujet. Il se voulait utilisable à la fois par des chercheurs et des cliniciens. Néanmoins, le grand nombre de contradictions à son usage, ces incertitudes ont conduit à la modification des classifications et

à la publication du DSM-III-R (révisé) (1987), puis du DSM-IV (1994) et de son texte révisé le DSM-IV-TR (2000). La publication du DSM-V, version la plus récente, date de mai 2013. DSM et CIM n'ont pas de correspondance exacte et le DSM demeure le support scientifique le plus utilisé en recherche psychiatrique.

Les tableaux I à III présentent les critères diagnostiques des différents TCA selon ces deux classifications. Comme indiqué précédemment, ces deux classifications partagent les mêmes limites : l'absence de prise en compte des symptômes somatiques, des comorbidités psychiatriques et de la sévérité globale. Utiles pour l'étape diagnostique, elles sont peu informatives en termes de phénotypage clinique et d'évaluation pronostique ou de suivi longitudinal de la gravité en réponse aux traitements. Il en ressort une grande hétérogénéité dans les études publiées et une difficulté à intégrer les résultats issus de différentes séries.

Tableau I : Critères diagnostiques de l'anorexie mentale selon les classifications internationales (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM- IV) et Classification Internationale des Maladies (CIM 10))

Selon classification DSM-IV
1. Critères • Refus de maintenir un poids corporel au- dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille. Par exemple : perte de poids visant à maintenir un poids corporel inférieur à 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance, aboutissant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu. • Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale. • Perturbation de la perception de son poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle. • Chez les femmes pubères, aménorrhée, soit absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple d'œstrogènes).
2. Sous- types • Type restrictif : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs. • Type avec crise de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a présenté régulièrement des crises de boulimie ou des comportements purgatifs.
Classification selon CIM 10 (F50-5 Anorexie mentale)
• Trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le patient. • Il survient habituellement chez une adolescente ou une jeune femme, mais il peut également survenir chez un adolescent ou un jeune homme, tout comme chez un enfant proche de la puberté ou une femme plus âgée jusqu'à la ménopause. • Le trouble est associé à une psychopathologie spécifique qui consiste en l'intrusion persistante d'une idée surinvestie : la peur de grossir et d'avoir un corps flasque. • Les sujets s'imposent à eux- mêmes un poids faible. • Il existe habituellement une dénutrition de gravité variable s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques secondaires, et de perturbations des fonctions physiologiques. • Les symptômes comprennent une restriction des choix alimentaires, une pratique excessive d'exercices physiques, des vomissements provoqués et l'utilisation de laxatifs, de coupe- faim et de diurétiques.

Tableau II : Critères diagnostiques de la boulimie selon les classifications internationales (*Diagnostic and statistical manual of mentaldisorders* (DSM- IV) et Classification Internationale des Maladies (CIM 10)

Selon classification DSM-IV
1. Critères • Survenue récurrente de crises de boulimie. Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes : - absorption en un temps limité (par exemple, moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ; - 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). • Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments , jeûne, exercice physique excessif. • Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous les deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant 3 mois. • L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle. • Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.
2. Sous- types • Type avec vomissements ou prise de purgatifs : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements. • Type sans vomissements ou prise de purgatifs : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.
Selon classification CIM 10(F50-2 Boulimie nerveuse)
• Syndrome caractérisé par des accès répétés d'hyperphagie et une préoccupation excessive du contrôle du poids corporel, conduisant à une alternance d'hyperphagie et de vomissements ou d'utilisation de laxatifs. • Ce trouble comporte de nombreuses caractéristiques de l'anorexie mentale, par exemple une préoccupation excessive par les formes corporelles et le poids. • Les vomissements répétés peuvent provoquer des perturbations électrolytiques et des complications somatiques. • Dans les antécédents, on retrouve souvent, mais pas toujours, un épisode d'anorexie mentale.

Tableau III : Critères diagnostiques des troubles du comportement alimentaire (TCA) atypiques selon les classifications internationales (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM- IV) et Classification Internationale des Maladies (CIM10))

Selon classification DSM-IV
Six tableaux sub- syndromiques **1.** Chez une femme, tous les critères de l'anorexie mentale sont présents, si ce n'est qu'elle a des règles régulières. **2.** Tous les critères de l'anorexie mentale sont remplis excepté que, malgré une perte de poids significative, le poids actuel du sujet reste dans les limites de la normale. **3.** Tous les critères de la boulimie sont présents, si ce n'est que les crises de boulimie ou les moyens compensatoires inappropriés surviennent à une fréquence inférieure à deux fois par semaine, ou pendant une période de moins de 3 mois. **4.** L'utilisation régulière de méthodes compensatoires inappropriées fait suite à l'absorption de petites quantités de nourriture chez un individu de poids normal. **5.** Le sujet mâche et recrache, sans les avaler, de grandes quantités de nourriture. **6.** Hyperphagie boulimique (*Binge Eating Disorder* (BED)) : il existe des épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence d'un recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie.
Selon classification CIM 10(F50-1.F50-3.F50-9)
F50- 1 Anorexie mentale atypique Troubles qui comportent certaines caractéristiques de l'anorexie mentale, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. Par exemple : l'un des symptômes- clés, tels une aménorrhée ou une peur importante de grossir, peut manquer alors qu'il existe une perte de poids nette et un comportement visant à réduire le poids. On ne doit pas faire ce diagnostic lorsqu'un trouble somatique connu pour entraîner une perte de poids est associé.
F50- 3 Boulimie atypique Troubles qui comportent certaines caractéristiques de la boulimie, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. Par exemple : accès hyperphagiques récurrents et utilisation excessive de laxatifs sans changement significatif de poids, ou sans préoccupation excessive des formes ou du poids corporels.
F50- 9 Trouble de l'alimentation, sans précision

1.2.3. Evolutions des critères diagnostiques et des classifications des TCA selon le DSM (du DSM-II au DSM-IV)

a) Anorexie mentale

Tableau IV : Critères de définition de l'anorexie mentale : de Russel au DSM-V

Définitions diagnostiques	Russel (1970)	Feighner (1972)	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV (1994) DSM –IV-TR (2000)	DSM-V (2013)
Nombres de critères	3	5	5	3	4	3
Caractéristiques de l'évolution par rapport à la classification précédente	xx	xx	1ère définition à ne pas etre une définition d'auteur	Suppression du diagnostic différentiel Ajout aménorrhée	Introduction du mot déni	Retrait aménorrhée
Peur de prendre du poids persistante malgré amaigrissement et/ou perte de poids volontaire	oui	oui	oui	oui	oui	Oui
Perturbation de l'image du corps	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Quantification de la perte du poids	non	25% du poids initial	25% du poids initial	Conduisant à un poids à 15% inférieur à la normale	Conduisant à un poids à 15% inférieur à la normale	Conduisant à un poids à 15% inférieur à la normale
Sous d'anorexie restrictif et purgatif (épisode actuel)	non	non	non	Non	Oui « régulier »	Oui « régulier »
Critères d'exclusion/ diagnostic différentiel dans la critérisation	non	Oui (physique et psychiatrique)	Oui (physique)	non	non	non
Déni de la gravité	non	non	non	non	oui	oui
Désordre endocrinien dont l'aménorrhée	oui	Oui (lanugo, bradycardie)	non	oui	oui	non
Comportement compensatoire de type purgatif	non	oui	non	non	oui	oui
Activité physique excessive	oui	Oui « périodes d'hyperactivités »	non	non	non	non
Age d'apparition	non	Avant 25 ans	Classé dans les troubles de la 1ere ou 2ème enfance ou de l'adolescence	non	non	non

b) Boulimie

Tableau V : Critères de définition de la boulimie : de Russel au DSM-V

Définitions diagnostiques	Russell (1979)	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV (1994)	DSM-V
Critères de l'évolution par rapport à la classification précédente		Purgatifs détaillés	Notion d'exercice physique Suppression de la dépression	2 sous types restrictifs avec ou sans comportements compensatoires Notion de fréquences pour les purges	Changement de fréquences des épisodes et de purges
Crise de boulimie :	oui	oui	oui	oui	oui
Quantité de nourriture ingérée	Avec excès	grande	large	Largement supérieur à ce que la plupart des personnes absorberaient dans une période de temps similaire et dans des circonstances similaires	Largement supérieur à ce que la plupart des personnes absorberaient dans une période de temps similaire et dans des circonstances similaires
Durée de la crise	non	Temps limite 2h	Temps limité	Temps limite 2h	Temps limite 2h
Fréquence des crises de boulimie	non	répétés	Au moins deux par semaine et en moyenne au moins pendant 3 mois	Au moins deux par semaine pendant 3 mois	Au moins une par semaine pendant 3 mois
Variations pondérales	non	oui	non	non	non
Comportement compensatoire pour éviter la prise de poids	Vomissements volontaires Purgatifs	Régimes très restrictifs Vomissements répétés Laxatifs Diurétiques	Vomissements provoqués Laxatifs Diurétiques Régimes strictes ou jeûne Exercices physiques importants	Vomissements provoqués Laxatifs Diurétiques Lavements ou autres médication Jeûne Exercices physiques excessifs	Vomissements provoqués Laxatifs Diurétiques Lavements ou autres médication jeûne Exercices physiques excessifs
Fréquence	Non	non	régulièrement	Au moins deux fois par semaine pendant 3 mois	Au moins une fois par semaines pendant 3 mois
Peur morbide de devenir gros/ préoccupations excessives et persistantes concernant le poids et les formes corporelles	oui	non	oui	non	non
Sentiment de perte de contrôle	non	oui	oui	oui	oui
Estime de soi excessivement influencée par l'apparence corporelle et par le poids	non	non	non	oui	oui
Diagnostics différentiels	non	Anorexie mentale ou autre trouble physique identifié	non	Ne pas survenir exclusivement pendant des périodes d'anorexie	Ne pas survenir exclusivement pendant des périodes d'anorexie

c) Syndromes partiels

Le DSM-IV propose ses critères de définition des TCA atypiques ou EDNOS **:**

- Chez une femme, tous les critères de l'anorexie mentale sont présents, mais avec des règles régulières.
- Tous les critères de l'anorexie mentale sont remplis excepté que, malgré une perte de poids significative, le poids actuel du sujet reste dans les limites de la normale
- Tous les critères de la boulimie sont présents, si ce n'est que les crises de boulimie ou les moyens compensatoires inappropriés surviennent à une fréquence inférieure à deux fois par semaine, ou pendant une période de moins de trois mois
- L'utilisation régulière de méthodes compensatoires inappropriées fait suite à l'absorption de petites quantités de nourriture chez un individu de poids normal
- Le sujet mâche et recrache, sans les avaler de grandes quantités de nourriture
- Hyperphagie boulimique (« Binge Eating Disorder » — BED) : il existe des épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence d'un recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie.

1.2.2 Modifications récentes

Depuis mai 2013, il est paru la 5ème édition du DSM où la section thématique TCA a connu une révision profonde. Le but était de pallier à l'insuffisance du DSM IV à ne pas reconnaître comme entité nosologique individualisée certains patients demandeurs de traitements mais n'entrant ni dans les critères d'anorexie ni de boulimie, et se voyant attribuer un diagnostic d'EDNOS (12). A partir d'une revue exhaustive et méthodique de la littérature scientifique, le DSM-V a évalué la validité et l'utilité des entités proposées telles que l'hyperphagie, le trouble de la purge et le syndrome de l'hyperphagie nocturne. Le groupe de travail a également examiné des options plus modestes et proposé des modifications de critères diagnostiques : élimination de l'aménorrhée pour le diagnostic de l'anorexie, réduction de la fréquence des crises boulimiques passant de deux fois par semaine dans les trois derniers mois à une fois par semaine pour la boulimie. Le groupe de travail a aussi recommandé la reconnaissance formelle de l'hyperphagie boulimique et l'hyperphagie nocturne au sein d'une catégorie remplaçant les EDNOS et appelée désormais FEDNEC (Feeding or Eating Disorders Not Elsewhere Classified)

1.3 Epidémiologie

Les données épidémiologiques concernant les TCA souffrent de nombreux écueils quel que soit le pays et plus particulièrement en France où il n'existe pas de données à l'échelon national. Ces difficultés sont principalement liées à deux causes :

- un dépistage largement insuffisant et secondaire à une sous-estimation de ces pathologies par le corps médical
- à des patients au profil particulier, cultivant un certain degré de déni et fuyant souvent le parcours médicalisé

Affectant essentiellement les patients de sexe féminin, les pics de fréquence sont observés à l'adolescence et les vingt premières années de l'âge adulte même si des cas peuvent apparaître plus tardivement (7). Au-delà de 50 ans, les formes inaugurales de TCA authentiques sont toutefois rares, et les modifications du comportement alimentaire observées sont plus souvent secondaires à une pathologie organique (principalement anorexie secondaire au cancer ou à d'autres maladies chroniques).

1.3.1 Prévalence de l'anorexie mentale et de la boulimie

La prévalence d'une affection correspond au nombre total de cas dans la population à un instant précis. Il s'agit de l'indicateur le plus utile pour jauger de l'impact d'une pathologie en termes de santé publique et d'approcher la demande de soins.

Les chiffres de la littérature font état d'une prévalence « vie entière » dans la population générale de 0,5 à 1 % pour l'anorexie mentale et de 1 à 2 % pour la boulimie. En fait, les études récentes, dont une étude en population générale menées sur 21425 adultes issus de six pays européens met en évidence des chiffres plus élevés (classification CIM) (13). Dans cette étude, la prévalence des TCA, en France, tous types et sexes confondus, est de 4,15 %, avec une nette prédominance de l'hyperphagie sur l'anorexie mentale et la boulimie. La prévalence est beaucoup plus élevée dans les populations à haut risque.

Dans une étude menée en Haute Normandie, auprès de patients consultant leur MG, le dépistage systématique à l'aide du questionnaire SCOFF-F retrouvait 14 % de TCA, tous

types confondus (respectivement 16 % chez les femmes et 10 % chez les hommes) (3). Près de la moitié des cas n'était pas repérée préalablement par le MG.

Dans une population d'étudiantes dépistée lors de leur visite de médecine scolaire, la prévalence de TCA syndromiques atteignait 9 % (2 % d'anorexie mentale et 7 % de boulimie), et celle des TCA atypiques près de 12 % (14). Des chiffres au moins aussi élevés ont été récemment rapportés dans différents pays pour des populations comparables d'étudiantes, particulièrement exposées. L'anorexie mentale proprement dite ne représente que 10 % des TCA. Tous types confondus, pas loin de 10 % des femmes jeunes souffrent de TCA.

Les EDNOS affecteraient 2,4 % de la population générale (15). L'hyperphagie boulimique touche environ 1,9 % des femmes et 0,3 % des hommes avec une prévalence au moins le double chez les plus de 18 ans. La prévalence augmente jusqu'à 40 ans (13). Les hommes sont moins concernés avec un taux de 1 cas pour 100.000 habitants par an (16).

1.3.2 Incidence de l'anorexie mentale et de la boulimie

L'incidence, définie par le nombre de nouveaux cas d'une maladie (habituellement pour 100000 habitants) dans la population pendant une période donnée, permet, confrontée au taux de prévalence, de rendre compte que les TCA sont une maladie chronique où il existe un continuum entre adolescence et âge adulte. Les incidences disponibles ne prennent en compte que les patients inscrits dans un parcours de soins et inévitablement sous-estiment le nombre de cas par rapport à la population générale.

En 2000, le taux d'incidence de l'anorexie mentale dans les soins primaires était estimé à 4,7/100.000 habitants/an (17). Les taux annuels sont plus élevés pour les très jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans : 109 cas pour 100 000 filles du même âge soit 40% des cas, tous âges confondus (16). D'après une étude récente, peu de cas se déclarent après l'âge de 20 ans (13). Jusque dans les années 1970, l'incidence enregistrée de l'anorexie mentale n'a cessé d'augmenter en Europe avant de se stabiliser (16). Néanmoins l'incidence chez les 15-19 ans a accru significativement entre les années 1980 et 1990.

En 2000 et en soins primaires, les cas de boulimie étaient estimés à 6,6 cas pour 100.000 patients par an avec un pic chez les 16-20 ans (200 cas pour 100.000 habitants par an) (17). Depuis 1970, l'âge d'apparition de la boulimie a baissé, le groupe à haut risque passant de la

tranche des 25-29 ans vers la fin des années 1980 à celle des 15-24 ans vers la fin des années 1990. Il est difficile de savoir si ce chiffre reflète une maladie se manifestant à un âge plus précoce ou un dépistage plus en amont. Entre 1970 et 1993, l'incidence de la boulimie dans les soins primaires à triplé, imputant cette recrudescence à un meilleur dépistage des troubles (18). Toutefois, depuis la fin de cette période, la diminution de l'incidence interroge sur la part reliable à la modification des critères nosologiques en 1994, à la possible augmentation des EDNOS ou à un relâchement de la détection par les praticiens de soins primaires (17) ?

1.3.3 Cas particulier, les EDNOS

Les études épidémiologiques sur les EDNOS sont rares, en raison de leurs hétérogénéités. Leur incidence est estimée à 6.5 cas pour 100.000 habitants par an (19). Elle touche donc une population différente de l'anorexie et la boulimie.

1.3.4 Epidémiologie des TCA dans les pays non occidentaux et parmi les minorités ethniques

Des études récentes montrent que les troubles de l'alimentation et les comportements alimentaires anormaux se produisent dans les pays non occidentaux et parmi les minorités ethniques (20). Une plus grande fréquence des troubles de l'alimentation dans les pays non occidentaux a été associée à la transition culturelle et de la mondialisation, y compris la modernisation, l'urbanisation et les médias-exposition promotion de l'Ouest beauté idéale (21).

1.4 Une maladie complexe

1.4.1 Une physiopathologie complexe et peu élucidée

Depuis les recherches de Steiger et Bruce, puis celles de Treasure et de Striegler-Moore, il est reconnu que les TCA dérivent très probablement d'une combinaison de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux (8,9,22).

Restriction alimentaire, hyperphagie et/ou purge seraient des mécanismes inadaptés aux stress de la vie quotidienne. La peur de prendre du poids est auto-entretenue par la dysmorphophobie dans un contexte d'autodépréciation et de manque de confiance en soi.

L'anorexique éprouverait une sensation de bien-être par le contrôle de son corps. Perfectionniste, la constante insatisfaction de son image pousse à des restrictions toujours plus drastiques (23).

La boulimique, impulsive, perd le contrôle qui la pousse à la frénésie alimentaire. S'en suit un sentiment de culpabilité qui va parfois être transitoirement soulagé par les vomissements ou l'exercice intensif.

Déni comme honte conduisent, dans les deux cas, le patient à des manœuvres d'évitement et de manipulation masquer ses comportements anormaux à l'égard de son entourage. Cette attitude négative s'associe à une pression sociale (24) et à des facteurs de risque. Certaines études tentent d'individualiser des facteurs génétiques ou des facteurs endocrinien (22,25,26). Des antécédents d'abus sexuel ou une influence parentale excessive dans l'enfance pourraient être un terrain propice (27). Parfois, aucun traumatisme antérieur n'est retrouvé.

1.4.2 Une clinique peu fiable

Malgré des conséquences somatiques lourdes, la clinique des TCA peut être souvent trompeuse quand l'œil du praticien n'est pas averti. L'absence de spécificité des signes cliniques en rapport avec la dénutrition retarde le diagnostic, surtout dans les formes débutantes. Chez l'anorexique, le teint blafard, les joues creuses, la peau sèche et les cheveux cassant peuvent facilement être confondus avec un syndrome anémique. Des signes aussi peu spécifiques que des œdèmes des chevilles ou une dorsalgie ne fait pas nécessairement évoquer un diagnostic possible de TCA. Les stigmates de la boulimie sont peu visibles en partie à cause d'un poids normal, voire un surpoids. Seul un praticien expérimenté remarquera des durillons sur le dos de la main (signe de Russel), l'érosion de l'émail dentaire ou

l'élargissement des glandes parotides révélateurs de vomissements répétés. Une hyperactivité physique et intellectuelle peut éluder un doute sur une altération de l'état général sous-jacente. La présence d'une hypotension orthostatique, d'une déshydratation ou d'un trouble du rythme (en rapport avec des désordres ioniques) signent une maladie déjà trop évoluée, ne relevant plus de la médecine générale et recourant à une prise en charge spécialisée voire hospitalière. Le lien tardif fait entre ces complications et le TCA conduit à des errements autant diagnostiques que thérapeutiques. Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes d'autant plus s'il existe un comportement de purge (28,29). Un syndrome dépressif, un trouble anxieux ou un trouble obsessionnel compulsif sont plus facilement identifiables par le médecin mais constituent souvent un frein à une évaluation plus poussée. Enfin, l'absence de biomarqueur spécifique et une biologie trop souvent normale, y compris dans les formes extrêmes du fait de l'adaptation métabolique de l'organisme, desservent à un diagnostic précoce.

1.4.3 Une prise en charge thérapeutique souhaitée multidisciplinaire

Même si les TCA appartiennent à la nosographie psychiatrique, l'intervention d'une équipe multidisciplinaire est recommandée par l'HAS pour une prise en charge optimale.
Initialement les objectifs doivent être :

- une confirmation du diagnostic avec évaluation globale (somatique, nutritionnelle et psychique, incluant aussi la dynamique familiale et sociale).
- une information sur le TCA en tant que maladie et évoquer le pronostic potentiellement grave.
- la mise en œuvre d'une alliance thérapeutique (psychiatre ou psychologue et somaticien) en veillant à la cohérence entre les différentes étapes de la prise en charge et entre les différents intervenants.

Les objectifs des soins psychologiques sont individuels et familiaux. Les formes de psychothérapie (individuelle, familiale ou de groupe) les plus usuelles sont les thérapies de soutien, les psychothérapies psycho-dynamiques ou d'inspiration analytique, les thérapies comportementales et cognitivo-comportementales et les thérapies systémiques et stratégiques (30). La chronicité de la maladie requiert une prise en charge psychologique sur plusieurs années. La prescription contrôlée de psychotropes (olazanpine ou fluoxétine) permet de gérer au mieux les états d'angoisse extrêmes et les troubles de l'humeur (31). Une approche nutritionnelle est le plus souvent indispensable avec pour objectif de permettre au patient de répondre au mieux aux besoins de son organisme.

1.5 **Devenir** (32)

De tous les troubles psychiatriques, les TCA ont la morbi-mortalité la plus élevée. L'évolution est chronique avec une durée moyenne pouvant dépasser les 5 ans pour l'anorexie, 8 ans pour la boulimie et jusqu'à 14 ans pour l'hyperphagie boulimique (33). Vingt pour cent des anorexiques et des EDNOS d'une part, 10 % des boulimiques d'autre part, ont un comportement alimentaire pathologique dans les cinq à dix ans qui suivent le début de la prise en charge (34–36).

Les patients souffrant de TCA présentent un risque de survenue de décès très élevé par rapport à la population générale, le taux de mortalité (taux d'incidence de l'évènement « mort ») avoisinant les 4 % pour l'anorexie et la boulimie et 5% pour les EDNOS (37,38). Les principales causes de décès restent le suicide, suivi des complications ioniques liées aux vomissements itératifs et infectieuses liées à la malnutrition chronique. Cependant près de la moitié des anorexiques a une rémission complète sur le long terme (34). Près des deux tiers retrouvent un poids normal, la moitié n'a plus de comportement compensatoire de purge (34).

Le pronostic sur le long terme de la boulimie est plus favorable que l'anorexie avec 41 % de rémission la première année à compter du début de la prise en charge et 60 % à 5 ans (36).

Le traitement ambulatoire permet une évolution favorable pour plus de la moitié des patients suivis en ville (39). Moins de 40% des patients hospitalisés (formes plus graves et donc de moins bon pronostic) récupèrent leur état antérieur (40).

Chez l'adolescent les TCA sont la troisième cause de maladie chronique après l'asthme et l'obésité (41). Un jeune patient souffrant de boulimie a deux fois plus de risque de devenir obèse par la suite (42). Le comportement de purge à l'adolescence prédit une augmentation significative du risque de trouble de conduite à l'âge adulte, de consommation de drogues ou de participation à de fréquentes beuveries (42,43). Le retard diagnostic est corrélé à une chronicité de la maladie et à la transformation de formes atténuées de TCA à l'adolescence vers des troubles physiques et psychiques à l'âge adulte (troubles anxieux, symptômes cardio-vasculaires, syndrome de fatigue chronique, douleur chronique, troubles dépressifs, limitation de leur activité liée à une mauvaise santé, maladies infectieuses, insomnie, symptômes neurologiques, tentative de suicide).

La récupération complète ou partielle ne préserve pas d'une rechute dans les années qui suivent la guérison, presque la moitié des patients déclarés comme « guéris » récidivant, surtout en l'absence de suivi au long cours (44).

Les taux de perte de vus et de mauvaise observance à l'égard du traitement concernent 20 % des patients vus en consultation externe et 70% en milieu hospitalier (45). Les facteurs de risque aux échecs sont multiples, parmi lesquels il faut particulièrement relever une faible alliance thérapeutique ou une augmentation des listes d'attente pour des centres spécialisés (en moyenne 143 jours) peuvent amener le patient à ne plus adhérer au traitement (46,47).

1.6 Rôle du médecin généraliste dans le dépistage précoce

Il est clairement admis qu'une intervention médicale précoce assure :

- un meilleur pronostic avec une durée de rémission plus longue,
- un meilleur taux de récupération en prévenant le développement de troubles affectifs majeurs, de troubles anxieux ou phobiques (34,48,49)
- un taux de guérison plus élevé.

Le rôle du praticien de soin primaire est primordial dans le parcours de soins de ses patients en garantissant un repérage aussi précoce que possible des troubles et la proposition d'une prise en charge thérapeutique adéquate. Le médecin généraliste représente la première interface à la relation de confiance, base d'une alliance thérapeutique forte (50). Boulimiques, anorexiques et EDNOS consultent plus fréquemment leur MG que la population générale (51,52).

1.7 Recommandations

Le NICE (National Institute for Clinical Excellence) au Royaume Uni et la HAS en France s'accordent sur la nécessité de promouvoir un dépistage précoce des TCA et à reconnaître les praticiens de soins primaires comme acteur clé de cette démarche (5,30) .Ces deux institutions proposent des lignes directives et recommandent l'utilisation de différents outils dont la sensibilité/spécificité d'une part, leur maniabilité d'autre part, vont influencer leur application et en faire des instruments d'aide au dépistage plus ou moins pertinents en médecine de premiers soins.

1.8 Outils de dépistage

1.8.1 Échelles d'évaluation des TCA

- **Questionnaires spécifiques de la boulimie**

Les questionnaires validés et spécifiques de la boulimie (pour la version anglaise) sont le BULIT (*Bulimia test*) et le BITE (*Bulimic inventory test Edimburg*) (53,54). Ce dernier questionnaire, clair et facile, s'offre comme un bon instrument de dépistage en épidémiologie et en clinique grâce au score de symptômes.

- **Questionnaires de comportements alimentaires**

Les plus largement utilisés sont l'EAT (*Eating attitude test*) et l'EDI (*Eating disorders inventory*) qui sont des autoquestionnaires, originairement en anglais, traduits et validés en français (55–57). D'autres questionnaires sont moins utilisés, comme par exemple, l'EDE-Q (*Eating disorder examination*) (58).

- ✓ ***EAT***

C'est le plus ancien. La version originale à 40 items a laissé place à une version abrégée à 26 items (les deux versions sont d'ailleurs fortement intercorrélées). Ce questionnaire permet, selon les auteurs eux-mêmes, d'identifier des « TCA cliniquement significatifs » sans pouvoir reconnaître les « cas » d'anorexie ou de boulimie. Le EAT existe en une version française validée (59).

- ✓ ***EDI***

Ce questionnaire permet d'estimer la fréquence avec laquelle les sujets s'attribuent d'éventuelles particularités, et permet d'étudier les caractéristiques psychologiques des sujets souffrant de boulimie et d'anorexie. Il tente d'isoler et de mesurer des caractères psychologiques propres à l'anorexie et à la boulimie.

- ✓ ***EDE-Q***

L'EDE-Q est un entretien diagnostique semi-structuré permettant l'évaluation de la psychopathologie de TCA. Il est composé de 13 items diagnostiques qui permettent d'établir un diagnostic actuel d'anorexie mentale ou de boulimie selon les critères du DSM-IV, et de 22 items descriptifs répartis en quatre sous-échelles. Le score total est une mesure de la sévérité globale de la psychopathologie des TCA (60).

Les autres questionnaires d'évaluation des TCA disponibles sont présentés dans le tableau VI

Tableau VI : Autres questionnaires d'évaluation des TCA

Référence	Test
Ruggeri et coll., 2000	- *Eating disorder belief questionnaire* (EDBQ), ancien - *Inventory for the screening of eating disorders* (ISED), - *Three-factor eating questionnaire* (TFEQ), ancien
Anderson et coll., 1999	- *Multifactorial assesment of eating disorders symptoms* (MAEDS) - *Anorexia nervosa inventory for self-rating* (ANIS), ancien - *Sociocultural attitudes towards appearance questionnaire* (SATAQ) - ancien *Eating behaviour severity scale* (EBSS) - *Eating styles questionnaire* (ESQ), très ancien - *Body attitude test* (BAT), très ancien - *Body satisfaction scale* (BSS), non spécifique - *Body image avoidance questionnaire* (BIAQ), non spécifique

1.8.2 Auto-questionnaire SCOFF, un récent outil de dépistage des TCA

En 1999, Morgan et son équipe développent un outil permettant de révéler un TCA chez un patient. Ils élaborent un questionnaire de 5 items visant les caractéristiques de base de la maladie qui donne naissance à l'auto-questionnaire SCOFF (acronyme de Sick, Control, One, Fat, Food)(61,62).

The SCOFF questions (version originale)

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

SCOOF-F (version française validée)

- *Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ?*
- *Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez?*
- *Avez-vous récemment perdu plus de six kilogrammes en moins de trois mois?*
- *Pensez-vous que vous êtes trop gros alors que les autres vous trouvent trop mince?*
- *Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie?*

Les réponses aux items sont fermées (oui ou non), et chaque item positif est affecté d'un point. Un score de 2 ou plus indique une possibilité de TCA(63,64).

Le SCOFF, traduit et validé dans sa version française actuelle en 2010, a une sensibilité et une spécificité de plus de 94% et respectivement des valeurs prédictives positives et négatives de 65% et 99%. Cette version détecte la plupart des TCA définies selon le DSM-IV. Mais la force de dépistage de ce questionnaire est surtout liée à son excellente valeur prédictive négative, proche de 100 %; un test négatif permet d'éliminer le diagnostic de TCA. Un faux négatif ne permettrait pas de confirmer la suspicion du médecin de soins primaires, limitant une évaluation plus poussée. La coupure pour deux réponses positives a été décidée pour concilier la meilleure sensibilité et la meilleure spécificité(63,65).

Le SCOFF a été traduit dans de nombreux pays en Europe(14,64,66–68). Ces multiples versions valident son utilisation comme outil de dépistage percutant pour les 15 à 45 ans quel que soit le sexe(67). Même les formes partielles ou à un stade précoce, EDNOS compris, peuvent être dépistés à l'aide du SCOFF(64,68).

En France les études recourant au SCOFF-F ont intéressé une population de jeunes étudiants ainsi que des patients adressés par leur MG dans une unité nutritionnelle(14,69). Dans d'autres pays l'outil a été validé auprès de patients issus de soins primaires.(63–65).

Les médecins peuvent proposer le SCOFF autant sous forme orale que sous forme écrite, bien que cette dernière favoriserait plus facilement la divulgation par le patient de ses problèmes (63).

En résumé, l'EDE-Q, l'EAT-26 ou l'EDI-2 sont très spécifiques pour le dépistage des TCA mais lourds à administrer aux patients et ne sont adaptés qu'à la pratique hospitalière dans le cadre de recherche clinique. Mieux adapté aux soins primaires, sans toutefois remplacer l'examen clinique, le SCOFF éveille les soupçons du praticien plutôt que de poser un diagnostic précis.

Tableau VII : Caractéristiques et propriétés psychométriques des tests d'évaluation des TCA les plus utilisé en comparaison avec le questionnaire SCOFF-F

	SCOFF-F	EDE-Q	EAT-26	EDI-2
Nb d'item	5	36	26	91
Nb et thème des sous échelle	Pas de sous échelle - comportement purgatif - perte de contrôle - perte de poids - préoccupation de l'apparence physique - préoccupation de l'alimentation	4 - restriction alimentaire - préoccupation de l'apparence physique - préoccupation du poids - préoccupation de l'alimentation	3 - restriction alimentaire - boulimie et obsession de la nourriture - contrôle de la prise alimentaire	8 - désir de minceur - boulimie - insatisfaction corporelle - sentiment d'inefficacité - perfectionnisme - méfiance interpersonnelle - conscience intéroceptive (de soi) - peur de la maturité
Modalité de réponse	Oui ou non	Fréquence des comportements sur 28 jours	toujours, habituellement, souvent, quelquefois, rarement, jamais	toujours, habituellement, souvent, quelquefois, rarement, jamais
<u>Psychométrie</u> - Sensibilité - Spécificité - VPP - VPN	94.6% 94.8% 65% 99%	83 % 96% 56% -	- - Faible -	Peu sensible - - -
Distinction boulimie /anorexie	non	non	non	oui

2 Problématique et enjeux

Les études sur les TCA ont porté essentiellement sur des patients vus en soins secondaires ou tertiaires. Le haut risque de chronicité voire de décès qui caractérisent le devenir des TCA incite à une détection plus en amont et à un traitement précoce. D'ailleurs, ces deux éléments ont fait preuve de l'amélioration significative du pronostic de la maladie, plus particulièrement de l'anorexie mentale et chez les adolescents (6,34,37,51). Une récente étude néerlandaise conduite en soins primaires a permis de rendre compte qu'il s'écoulait environ 7,5 ans entre le début des troubles et le diagnostic d'anorexie ou de boulimie. Aussi, une détection du trouble avant l'âge de 19 ans est prédictive d'une meilleure évolution (39).

Peu d'études se sont intéressées à ces patients en soins primaires, et aucune en France. En médecine générale, les malades consultent à un moment du parcours de leur maladie où celle-ci n'est pas évidente cliniquement. Si les formes subsyndromiques des TCA n'atteignent pas l'intensité symptomatique des formes avérées, leurs conséquences n'en sont pas moins sévères tant sur le plan physique que psychologique. Il existe un hiatus entre la prévalence observée des TCA en population générale et celle observée en MG. Un MG français soigne en moyenne 100 patients par semaine, avec une prédominance féminine. Il devrait donc rencontrer environ 3 patientes par semaine souffrant d'un TCA (calculé pour une prévalence en population générale de 5%).

Or, les études en médecine générale peinent à identifier les patients concernés puisque seulement 50% des patients souffrant de TCA sont dépistés par leur MG (51). Lors de l'étude des filières de soins empruntées par les patients souffrant de TCA, 70% sont adressés en service de psychiatrie par leur MG (70).

Le hiatus entre prévalence en population générale et population consultant en médecine générale est paradoxal alors même que ces patients consulteraient plus fréquemment leur MG avant le repérage du TCA (71) . Les MG ont un rôle à jouer dans le repérage et la prise en charge précoce des TCA, en particulier à l'adolescence (51). Lors des premières consultations, les patients se présentent essentiellement pour des plaintes psychologiques (syndromes dépressifs), gastro-intestinales ou gynécologiques qui n'éveillent pas l'attention du MG. Des outils efficients d'aide au dépistage existent comme le questionnaire SCOFF-F, recommandé par la HAS elle-même mais est largement méconnu et sous utilisé.

L'objectif principal de cette thèse est d'évaluer la valorisation qu'apporterait cet outil auprès des MG dans leur pratique courante pour dépister précocement les troubles du comportement alimentaire chez les patients de 15 à 45 ans.

3 Moyens et Méthodologie

3.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, transversale, dont le support a été le questionnaire SCOFF validé dans sa version française (SCOFF-F). Ce dernier a été testé auprès de MG participants aux soins primaires dans les départements des Alpes Maritimes et du Var sur la période de juin 2012 à janvier 2013.

3.1.1 Objectifs

a) Objectif principal

L'objectif principal a été d'évaluer la valeur ajoutée apportée par le SCOFF-F dans le dépistage de TCA dans la pratique quotidienne du MG comparativement à sa pratique habituelle sans cet outil.

b) Objectifs secondaires

- Décrire le phénotype de la population médicale participante
- Décrire le diagnostic initial supposé du soignant
- Décrire le diagnostic final retenu par le soignant sans avoir connaissance du résultat du questionnaire
- Motif de consultation du patient
- Caractéristiques cliniques des patients selon le score obtenu au SCOFF-F

3.1.2 Sujets et outils

a) Critères d'inclusion

✓ Médecins

MG exerçant obligatoirement au moins une activité de soins primaires en cabinet de ville.

✓ Patients

Tous les patients, âgés de 15 à 45 ans, quel que soit leur sexe et leur motif de consultation, acceptant de participer à l'étude après information éclairée par leur médecin traitant.

b) Critères d'exclusion

✓ Médecins

Médecins n'exerçant pas une activité de soins primaires comme activité principale en cabinet de ville

✓ Patients

Tout patient âgé de plus de 45 ans ou tout patient entre 15 et 45 ans refusant de participer à l'étude

3.2 Questionnaires patient et médecin

Tous les questionnaires utilisés durant cette étude ont été distribués sous forme d'une version papier.

3.2.1 SCOFF-F et sa faisabilité (annexe 2)

Le questionnaire SCOFF dans sa version française est validé comme outil d'aide au dépistage des TCA. Il est recommandé par la HAS elle-même. Une phase préliminaire à l'étude a permis de tester le questionnaire auprès de 3 MG volontaires afin d'en évaluer la faisabilité, la compréhension et la durée de remplissage. L'absence de freins a permis le lancement de l'étude. Pour une meilleure acceptabilité du questionnaire SCOFF-F, l'ordre des questions a été inversé.

3.2.2 Questionnaire médical relatif au phénotype patient (annexe 3)

Le questionnaire a exploré 6 champs relatifs au patient. Les items ont été construits de manière à fournir une réponse courte et précise en vue d'une saisie facile et exploitable des données.

Le premier item s'est intéressé au motif de consultation du patient ou le diagnostic principal retenu par le médecin en distinguant ce qui relevait du somatique (digestif, gynécologique, asthénie ou autre) ou du psychologique (anxiété, dépression).

Le deuxième item a concerné le diagnostic secondaire retenu par le médecin lors de cette consultation.

Le troisième item a recueilli le consentement du patient vis-à-vis de l'étude.

Les quatrième et cinquième items se sont intéressés successivement à l'existence d'un antécédent connu de TCA et à l'évocation par le MG d'un TCA lors de consultations antérieures.
Le sixième item a interrogé le praticien sur la probabilité d'un TCA chez le patient suite à la consultation.

3.2.3 Fiche médicale (annexe 4)

Elle avait pour but de renseigner : la date de la consultation, le numéro affecté à chaque patient en vue de préserver la confidentialité des données, le nom du patient mentionnant uniquement les trois premières lettres, le sexe, l'âge, la taille, le poids du jour objectivé à partir d'une balance, le poids déclaratif antérieur à trois et six mois, enfin l'indice de masse corporelle.
A remarquer que tous les médecins ayant participé à cette étude n'ont pas rempli la totalité des données. Ainsi, lors de la présentation des résultats, chaque donnée en pourcentage est suivie par le nombre de médecins ayant colligé chaque paramètre.

3.3 Méthodes (modalités de diffusion du questionnaire, du remplissage, du recueil des données à partir du questionnaire et hors questionnaire)

Tous les médecins ayant accepté de participer à cette étude se sont engagés sur la base du volontariat avec pour objectif de contribuer à l'évaluation et l'évolution des pratiques professionnelles. Ils ont été abordés selon une des deux façons suivantes :

- soit via des internes de médecine générale en stage chez le praticien
- soit via une sélection aléatoire à partir d'un annuaire gratuit (http://www.pagesjaunes.fr/), disponible sur internet et référençant les praticiens installés sur les départements 06 et 83.

Tous les praticiens consentants avaient reçu, soit de la part du candidat en thèse soit de l'interne en médecine générale effectuant son stage chez eux, une explication détaillée sur les modalités de l'étude. Sur une période qu'il a défini lui-même entre Juin 2012 et Janvier 2013, chaque médecin a proposé la participation à l'étude à tous les patients entre 15 et 45 ans, quel que soit le motif de consultation. L'objectif était fixé à 15 patients par soignant.
En cas de non refus de participer à l'étude, le patient était invité à remplir le SCOFF-F à la fin de sa consultation. Au préalable, son MG lui avait dispensé une brève explication ne

mentionnant pas le trouble dépisté. Il était simplement précisé qu'un interne de médecine générale menait dans le cadre de sa thèse une étude clinique dans le domaine de la nutrition laquelle nécessitait que le patient consentant remplisse un questionnaire court, simple et rapide en tout anonymat. En parallèle du remplissage du SCOFF-F par le patient, le médecin répondait aux items du questionnaire médical avant de récupérer le SCOFF-F complété sans prendre connaissance sur l'instant du score. Une fois que le patient avait quitté le cabinet, le praticien prenait le soin de compléter une fiche de suivi des patients. Quand chaque médecin avait atteint son objectif de 15 patients, l'ensemble des questionnaires (SCOFF-F et questionnaire médical) ainsi que la fiche de suivi étaient récupérés pour la saisie des données et leur exploitation statistique. A la fin de l'analyse des données, chaque MG ayant contribué à l'étude a reçu par courrier la fiche de suivi de l'ensemble des patients inclus ainsi que le score SCOFF-F obtenu par chacun d'entre eux. Le but était d'informer le MG sur les premiers résultats disponibles et lui permettre de contacter les patients ayant un score de SCOFF-F supérieur ou égal à 2 donc susceptible de souffrir d'un TCA afin de leur proposer une prise en charge adéquate.

4 Analyse statistique

Le test du Chi2 a été utilisé pour rechercher une différence statistiquement significative entre les variables qualitatives. Les principaux croisements réalisés portent sur les variables score du SCOFF-F et diagnostic probable d'une part, sur les variables score du SCOFF-F et diagnostic principal/secondaire d'autre part. Le test de Levene a été utilisé pour l'analyse de l'homoscédasticité des variables quantitatives et le test de Student pour la comparaison des moyennes de ces mêmes données cliniques (âge, taille, poids, IMC). La significativité statistique a été déterminée au seuil p inférieur à 5 %.

5 Résultats

5.1 Analyse des populations

5.1.1 Caractéristiques de médecins

Entre juin 2012 et janvier 2013, 22 MG exerçant sur les départements des Alpes Maritimes et le Var dont 15 étaient maîtres de stage en charge d'internes de médecine générale, ont été contactés. Quatorze d'entre eux ont participé au final à l'étude dans sa totalité. Les autres n'ont pas pu remplir la globalité des questionnaires médicaux (la plupart par manque de temps ou par défaut de patients cible).

Sur les 14 médecins participants, 57% était de sexe masculin et 43% de sexe féminin avec un sex-ratio respectivement de 1 homme pour 1 femme dans les Alpes Maritimes et 3 hommes pour 1 femme dans le Var.

La moyenne d'âge de la population médicale, tout sexe confondu, était respectivement de 55 ans sur les deux départements réunis, de 51 ans dans les Alpes Maritimes et de 57 ans dans le Var. L'âge moyen, les deux départements confondus, était de 58 ans pour les hommes et de 47 ans pour les femmes.

Plus de deux tiers (71%) exerçaient en zone urbaine, le reste se répartissant en zones rurales ou semi-rurales. De même, plus de deux tiers (71%) avaient au moins 15 ans d'exercice médical et moins du tiers (29%) entre 5 et 15 ans d'installation. Plus de 85% d'entre eux étaient conventionnés en secteur 1, travaillaient en cabinet de groupe pour 86% et seuls pour 14%.

Moins d'un quart d'entre eux (21%) avait une activité hospitalière. Plus de la moitié (57%) pratiquaient une spécificité médicale autre que la médecine de premiers soins comme l'illustre le tableau VIII. Seulement 7% avaient à leur actif un diplôme spécifique en nutrition.

Tableau VIII : Répartition des qualifications chez les MG ayant accepté de participer (certains MG cumulaient plusieurs spécificités)

	Nombre de médecin
Qualification	
Aucune autre que médecine générale	**6**
Nutrition, diététique	**1**
Gériatrie	**4**
Pédiatrie	**3**
Gynécologie	**4**
Urgence	**1**
Sport	**1**
Mésothérapie	**2**
Acupuncture	**1**

5.1.2 Caractéristique des populations

Sur la même période d'étude, 210 patients entre 15 et 45 ans, issus de la file active des patients de chaque omnipraticien et éligibles au regard des critères d'inclusion et exclusion, ont accepté de répondre à l'auto-questionnaire SCOFF-F. Ils se répartissaient en 123 (58,3%) femmes et 87 (41,5%) hommes, d'un âge médian de 26 ans (15-45) (26ans (15-44) chez les femmes ; 28 ans (16-45) chez les hommes). Leur poids médian était de 67 kg (39-109) (60 kg (39-90) chez les femmes; 77 kg (49-106) chez les hommes) avec un IMC médian de 22,71 (15.43-35.41) (21,77 (15.43-35.41) chez les femmes; 23,92 (16-33.57) chez les hommes). Fautes de données, les poids à 3 et 6 mois sont ininterprétables (moins de la moitié des poids étaient renseignés, le plus souvent seul le poids à 3 mois était disponible). Une majorité de patients consultait leur médecin traitant pour au moins la deuxième fois et seulement quatre pour la première fois.

5.2 Analyse des questionnaires

5.2.1 SCOFF-F :

Tous les patients ayant participé à l'étude ont rempli l'auto-questionnaire SCOFF-F dans son intégralité.

Le SCOFF-F n'a pas rencontré des difficultés de compréhension. Le temps moyen consacré par le médecin pour informer le patient sur l'intérêt d'un tel questionnaire et les modalités de remplissage était inférieur à 5 minutes, quant au temps moyen nécessaire pour le patient pour le remplir était également inférieur à 5 minutes.

Ni le corps médical ni les patients ne connaissaient le SCOFF-F comme outil de dépistage.

Comme dit précédemment, les réponses à chacun des 5 items étaient dichotomiques (oui/non); le SCOFF-F était retenu comme positif et pathologique, c'est-à-dire prédictif d'un TCA, quand le score total était supérieur ou égal à 2.

Selon ces critères, un quart (53 patients, 25,2%) des patients avait un SCOFF positif dont une majorité écrasante de femmes (52 femmes pour un seul homme) qui représentait 42% de l'ensemble de la population des patients de sexe féminin (Tableau IX).

Tableau IX : Répartition des patients en fonction de leur score au SCOFF-F (< ou ≥ 2) et leur sexe (n = nombre absolu de patients)

	Patients tous sexe confondu n (%)	**Femmes** n (%)	**Hommes** n (%)
SCOFF-F < 2	**157 (74,8%)**	**123 (58,6%)**	**87 (27,1%)**
SCOFF-F ≥ 2	**53 (25,2%)**	**52 (24,7%)**	**1 (0,4%)**

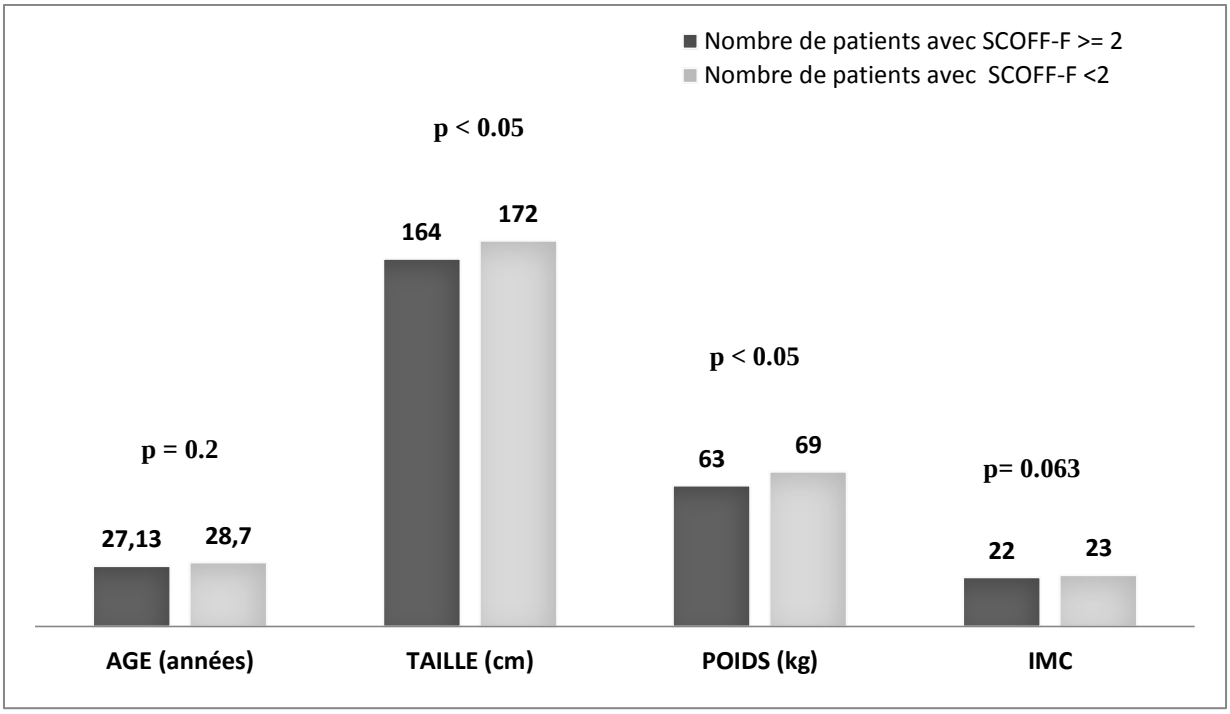


Figure 1 : Répartition des patients selon le score du SCOFF-F et en fonction de leur âge, taille, poids et IMC (p = différence statistique)

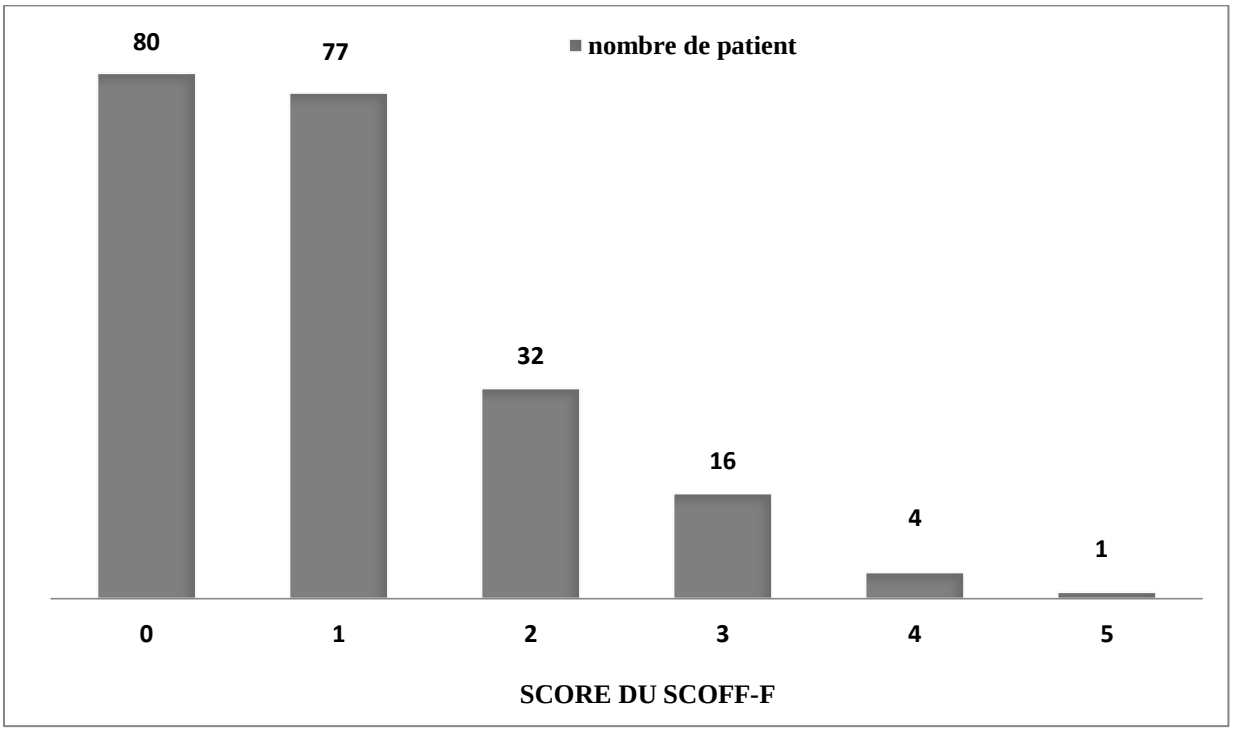


Figure 2 : Répartition des patients (n = 210) en fonction du score du SCOFF-F.

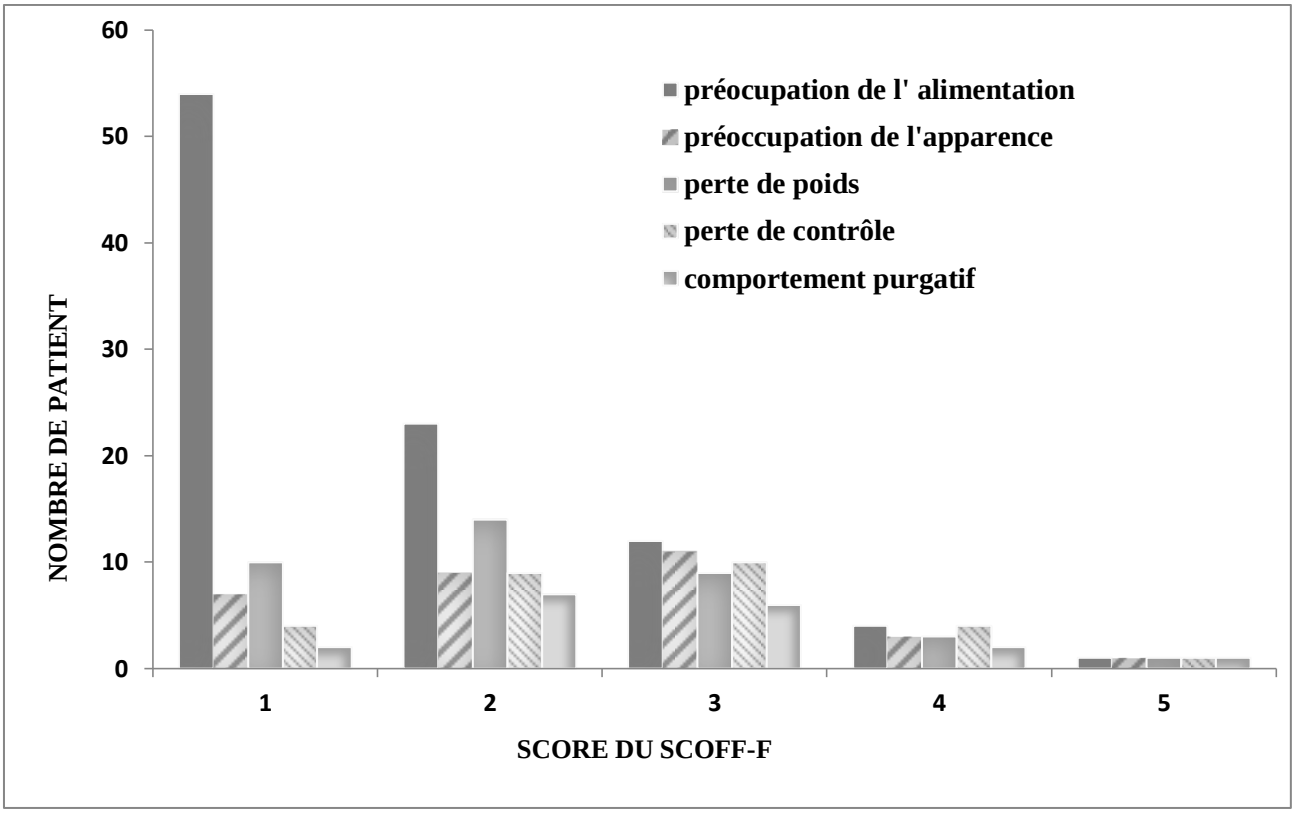


Figure 3 : Répartition des réponses positives aux 5 items du SCOFF-F selon le score total

5.2.2 Questionnaire médical

Le questionnaire médical a été réalisé par l'ensemble des médecins. Plus de trois quarts des patients (79,5%) consultaient pour un symptôme principal très peu spécifique et évocateur d'un TCA. A peine un cinquième des patients consultaient pour un symptôme principal relativement spécifique et pouvant éveiller une suspicion d'un TCA. Parmi ces troubles spécifiques, les troubles digestifs étaient 4 à 6 fois plus fréquents que les troubles gynécologiques (aménorrhée), l'asthénie (en relation avec la dénutrition en macro- et micronutriments), les troubles psychiatriques (par exemple la dysmorphophobie, les troubles obsessionnels compulsifs, l'anxiété et la dépression) (Tableau X).

Tableau X : Répartition des diagnostics principal/motif de consultation et diagnostics secondaires (n = nombre absolu de patients; autres : symptôme neurologique, cutané, rhumatologique,…)

Motif de consultation	Diagnostic principal n (%)	Diagnostic secondaire n (%)
Digestif	**25 (12%)**	**3 (1,4%)**
Gynécologique	**5 (2,3%)**	**1 (0,5%)**
Asthénie	**7 (3,3%)**	**0**
Autre	**167 (79,5%)**	**6 (2,8%)**
Psychiatrique	**6 (2,9%)**	**30 (14,3%)**
Non renseigné	**0**	**170 (81%)**

Quand le praticien était interrogé sur les antécédents de TCA, moins de 10 % d'entre eux avait connaissance d'un TCA préexistant et moins de 15% avait envisagé un TCA comme diagnostic possible. Quand son avis était demandé sur l'hypothèse plausible d'un TCA à l'issue de la consultation, une majorité écrasante (93,3%) infirmait cette piste diagnostique (Tableau XI).

Tableau XI : Répartition des réponses du praticien (oui/non) aux trois derniers items du questionnaire médical (n = nombre absolu de patients)

	Antécédent connu de TCA n (%)	Diagnostic de TCA ultérieurement envisagé par le MG n (%)	Diagnostic de TCA probable selon le MG suite à la consultation n (%)
Réponse « Oui »	**13 (6,2%)**	**28 (13,3%)**	**14 (6,7%)**
Réponse « Non »	**197 (93,8%)**	**182 (86,7%)**	**96 (93,3%)**

Les 14 patients diagnostiqués par leur médecin comme souffrant d'un TCA étaient tous de sexe féminin. Parmi elles, 12 avaient déjà été envisagées comme malades lors de précédentes consultations. Parmi les 28 patients pour qui un TCA avait été envisagé lors d'une

consultation précédente, 15 n'avaient pas d'antécédent connu et le diagnostic de TCA n'a été retenu au final que chez moins de la moitié (42 %) d'entre eux.

5.3 Analyse comparative

5.3.1 Dépistage des TCA selon les pratiques médicales habituelles comparé au dépistage en recourant au SCOFF-F

Tableau XII : Répartition des réponses (oui/non) des MG au diagnostic probable de TCA en fonction du score du SCOFF-F (n = nombre absolu de patients)

	Diagnostic probable de TCA selon le MG	
	Réponse « OUI »	**Réponse « NON »**
SCOFF-F ≥ 2 (n=53)	**11 (20,7%)**	**42 (79,3%)**
SCOFF-F < 2 (n=157)	**3 (1,9%)**	**154 (98,1%)**

Il a été observé une discordance significative de dépistage **(p<0.0001)** entre le nombre de patients repérés comme TCA probable par un score de SCOFF-F positif et le nombre de patient diagnostiqué comme TCA probable par leur médecin à l'issue de la consultation. A peine 20% des patients identifiés par le SCOFF-F comme souffrant possiblement d'un TCA sont aussi retenus par le praticien pour cette même hypothèse diagnostique. Parmi les 42 patients supplémentaires repérés par le SCOFF, seuls deux avaient un TCA connu et dix avaient un diagnostic de TCA évoqué lors d'une consultation précédente. A l'inverse, il a été observé une excellente corrélation entre le fait de conclure à l'absence de TCA par le praticien et un SCOFF-F strictement inférieur à deux.

Le diagnostic de TCA par le du MG avait une valeur prédictive positive de 21% et une valeur prédictive négative de 78,5%.

Parmi les 14 patients identifiés comme TCA par le MG, 3 avaient un score de SCOFF-F négatif (dont 2 avec un SCOFF-F égal à 1) et 11 avaient un SCOFF-F positif (dont 3 avec score de SCOFF-F égal à 2, 4 avec score à 3, 3 avec score à 4, et 1 avec score à 5).

Parmi les 11 patients considérés par le praticien comme souffrant de TCA, seulement trois n'avaient pas d'antécédent connu de TCA, le repérage se faisant trois quarts du temps seulement en cas d'existence d'une histoire personnelle de TCA.
Sur les 28 patients déjà envisagés malades lors d'une consultation précédente, 20 avaient un score SCOFF-F positif.et 16 n'ont pas été considérés comme malades par leur MG.
Sur les 13 patients qui avaient un antécédent connu de TCA, deux n'ont pas été considérés comme tel par le MG. Sur ces 13 patients, 11 d'entre eux avaient un score de SCOFF-F positif.
Vingt et un patients avaient répondu positivement à au moins trois questions du SCOFF-F.

5.3.2 Comparaison des diagnostics primaires, motifs de consultation et diagnostics secondaires selon le score SCOFF-F

Tableau XIII: Répartition des diagnostics principaux et motifs de consultation en fonction du score du SCOFF-F n = nombre absolu de patient; p = différence statistique)

Diagnostic principal/ motif de consultation	SCOFF-F ≥ 2 (n=53)	SCOFF-F < 2 (n=157)	p-value (p)	Odd ratio (OR)
Digestif	**12 (22,7%)**	**13 (6,2%)**	**p<0.05**	**3.2**
Gynécologique	**0**	**5 (2,3%)**	**p=0.26**	**0**
Asthénie	**3 (5,6%)**	**4 (1,9%)**	**p<0.05**	**2.2**
Autre	**36 (67,9%)**	**131 (62,3%)**	**p=0.46**	**0.2**
Psychiatrique	**2 (3,8%)**	**4 (1,9%)**	**p=0.43**	**1.5**
Non renseigné	**0**	**0**	**0**	**0**

Tableau XIV : Répartition des diagnostics secondaires en fonction du score du SCOFF-F (n = nombre absolu de patients; p = différence statistique).

Diagnostic secondaire	SCOFF-F ≥ 2 (n=53)	SCOFF-F < 2 (n=157)	p-value (p)	Odd ratio (OR)
Digestif	**1 (1,9%)**	**2 (1,2%)**	**p=0.7**	**1.4**
Gynécologique	**1 (1,9%)**	**0**	**p=0.08**	**0**
Asthénie	**0**	**0**	**0**	**0**
Autre	**1 (1,9%)**	**5 (3,2%)**	**p=0.62**	**0.75**
Psychiatrique	**16 (30,2%)**	**14 (8,9%)**	**p<0.05**	**4.4**
Non renseigné	**34 (64,1%)**	**136 (86,7%)**	**p<0.05**	**0.2**

6 Discussion

6.1 Analyse des résultats

Il est bien admis par la communauté scientifique que la probabilité d'améliorer le pronostic des TCA est nettement meilleure quand ils font l'objet d'une détection et d'un traitement précoces. Le MG occupe donc une position clé dans le parcours de soins de ces patients en reconnaissant le plus précocement ces désordres. Paradoxalement, la très grande majorité des études sur les TCA ont intéressé des patients en soins secondaires ou tertiaires. Peu d'études décrivent ces patients en soins primaires, et aucune en France. Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude française finalisée portant sur l'évaluation de l'aide apportée dans le dépistage précoce par l'auto-questionnaire SCOFF-F, outil recommandé depuis 2010 par la HAS. L'originalité de ce travail appartient au fait qu'elle établit un état des lieux sur les difficultés rencontrées par le MG au repérage de ces pathologies dont la prévalence chez les femmes entre 15 et 45 ans, le risque de chronicité et une morbi-mortalité très élevés.

Tous les médecins sollicités dans le cadre de cette étude (22 initialement) ont manifesté un vif intérêt au sujet abordé. Huit d'entre eux n'ont pas pu la finaliser essentiellement par manque de temps ou par leur implication dans d'autres enquêtes médicales. La participation de presque deux tiers des MG témoigne que le corps médical estime que ce champ de la médecine générale est peu exploré, peu connu et pour lequel ils sont en attente d'aide. Le sex ratio du corps médical en faveur des hommes reflète un corps de métier encore essentiellement masculin même si la tendance est à la féminisation comme le témoignent la discordance entre les deux départements et une moyenne d'âge plus jeune chez les femmes. Une installation depuis plus de dix ans de la très grande majorité des MG est le garant de médecins ayant acquis une certaine expérience de leur pratique en ville. La nutrition clinique, même si elle est pratiquée largement par tous et au quotidien, n'a fait l'objet d'une formation spécifique et d'une qualification que chez une proportion très faible d'entre eux (7%).

Côté patient, l'adhésion à l'étude a été très satisfaisante puisque le nombre de refus a été négligeable. Est-ce le reflet d'un réel intérêt de la population appartenant à cette tranche d'âge de contribuer à faire avancer la recherche par rapport à des pathologies fortement médiatisés ou est-ce la crainte d'éveiller un soupçon d'un éventuel TCA auprès de leur MG ? La population consultante est très majoritairement féminine (58% de femmes contre 41%

d'hommes). Ces chiffres corrèlent avec les données issues d'une enquête menée entre juin 2002 et janvier 2003 par la Direction de Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques sur l'activité des MG. Cette dernière rendait compte que, sur un total de 44000 consultations au cabinet et 6000 visites au domicile, 55% des séances concernaient des patientes. Si le poids lors de la consultation était recueilli par obligation, l'absence d'informations sur les poids antérieurs à 1 et 6 mois reflète un triste constat : la pesée n'est pas un acte systématisé. L'incapacité à suivre la courbe de poids dans le temps constitue un écueil majeur pour identifier les TCA restrictifs.

Dans notre enquête, le SCOFF-F a identifié 53 patients (52 femmes / 1 homme) soit 25% de la population étudiée comme souffrant d'un TCA. Onze d'entre eux étaient connus avoir un antécédent de TCA soit 42 nouveaux cas dépistés sur les huit mois d'étude. Chaque omnipraticien consultant en moyenne 25 patients par jour (week-end exclu), cela correspond sur la période d'étude considérée à une incidence de 0,45 nouveaux cas de TCA pour 100 patients consultés. A l'inverse, les MG n'ont retenu que 14 patients avec un diagnostic possible de TCA soit une incidence de 0,12. Le dépistage par le SCOFF-F permet d'atteindre un taux d'incidence comparable à des taux publiées dans des études précédentes menées en soins primaires et recourant à des outils diagnostiques de référence comme le DSM-IV. Le sex ratio à très forte prédominance féminine chez les patients identifiés comme probable TCA confirme une tendance largement connue dans ces pathologies qui affectent préférentiellement les adolescentes et les jeunes femmes entre 15 et 45 ans (72).

Le poids comme la taille sont significativement plus bas chez les patients qui ont un SCOFF-F positif. Si la perte de poids reste effectivement le paramètre anthropométrique le plus évident, la cassure de la courbe staturale est très prédictive de l'entrée dans la maladie, surtout en cas d'anorexie mentale (73). D'ailleurs, la HAS précise bien dans les recommandations pour la prise en charge de l'anorexie mentale que le recueil des paramètres anthropométriques (poids et taille) doit être systématique chez les adolescents et les jeunes femmes, sans s'arrêter aux poids et taille déclaratifs. L'absence de différence d'âge entre les patients SCOFF-F < 2 et SCOFF-F ≥ 2 s'explique par un diagnostic souvent tardif, environ 7,5 ans s'écoulant entre le début des troubles et le diagnostic. L'IMC sensiblement comparable entre les deux groupes est lié à la diminution parallèle, du moins dans les premiers temps, du poids et de la taille pour les formes restrictives, et aussi par un poids souvent conservé dans les formes boulimiques avec manœuvres compensatoires.

La différenciation des patients suivant le score du SCOFF-F (< ou ≥ 2) permet de se rendre compte que les patients chez qui le diagnostic de TCA est probable, les troubles digestifs représentent le diagnostic le plus fréquent avec une prévalence trois à quatre fois plus élevée que d'autres symptômes. De même, chez les patients avec un SCOFF-F ≥ 2 comparativement à ceux avec un SCOFF-F < 2, le motif principal de consultation est plus prévalent respectivement d'un facteur 3 pour les troubles digestifs, de 1,5 pour les troubles psychiatriques, de 2 pour l'asthénie. Parmi les 53 patients SCOFF-F positifs, 22,7% consultaient pour des troubles digestifs, 5,6% pour asthénie et 3,8% pour des troubles psychiatriques. Dans un travail de thèse effectué en 2011 sur le parcours de soins des patientes souffrant de TCA, les motifs invoqués par les MG pour évoquer le diagnostic d'une anorexie mentale étaient un amaigrissement dans 71,4%, un rapport pathologique à l'alimentation dans 36,1%, une aménorrhée dans 24,4%, un profil psychologique anormal dans 14,3%, une absence d'organicité dans 6,7%. Les troubles digestifs ne servaient de support que dans 1,7% illustrant l'insuffisante attention accordée à des symptômes pourtant très fréquents au sein de cette population (74). Ce même travail avait relevé comme motifs de consultation les plus fréquents : la problématique corporelle (31%), perturbation de la conduite alimentaire (27%), les troubles de la lignée dépressive (23%). Pourtant, les symptômes gastro-intestinaux sont significativement plus prévalent chez les patients souffrant d'un TCA (75).

Dans notre travail, le faible taux de réponses positives (6,7%) en faveur d'un diagnostic probable de TCA par le MG contraste incontestablement avec le taux élevé de TCA possible détecté par le SCOFF-F (25,2%). Le SCOFF-F valorise très significativement le repérage ($p<0.0001$) avec un gain de dépistage 13 fois plus important que lorsque le SCOFF-F n'est pas utilisé. Plus de trois quart (78%) des patients retenus comme TCA par le MG l'ont aussi été par le SCOFF-F. A l'inverse, trois patients retenus comme TCA par le MG n'ont pas obtenu un score pathologique au SCOFF-F. Le diagnostic du MG en termes de TCA a une valeur prédictive positive de 21% et une valeur prédictive négative 78,5%. L'absence de recours à un outil de référence comme le DSM-IV ou DSM-V pour confirmer les résultats du SCOFF-F ne permet pas d'affirmer qu'il s'agisse de faux positifs avérés.

Parmi les 14 patients identifiés comme TCA par le MG, les items du SCOFF-F les plus récurrents étaient : la préoccupation de l'alimentation et celui de la perte de contrôle (9 patients) suivi de près par la préoccupation de l'apparence (8 patients).

Notre étude met clairement en exergue la difficulté rencontrée par le MG à repérer les TCA dans sa pratique quotidienne et comment le SCOFF-F permet de remédier à cette insuffisance. Malgré des consultations plus fréquentes que le reste de la population, seulement 50% des patients souffrant de TCA sont diagnostiqués par leurs MG et la moitié des omnipraticiens affirment n'avoir que très peu de cas dans leur patientèle (51). Sur une enquête menée auprès d'environ 2000 patients, il était relevé au moins au moins un cas d'anorexie, 20 de boulimie et 40 EDNOS (76). Se pose la question de l'origine d'une telle différence ? Du fait du déni d'une part, et d'une profonde culpabilité et honte d'autre part, les patients taisent leur trouble alimentaire. Plus d'un tiers ne reconnait pas spontanément leur maladie (77). Près de 40% n'ont jamais fait de demande de soins et seulement 10% auraient demandé un traitement spécifique pour leur problème alimentaire (78) . Dans sa thèse de 2011, Florence Fabry avait évalué la pratique des MG de la Marne dans la prise en charge de l'anorexie mentale. Un questionnaire avait été adressé à 268 d'entre eux. Sur les 119 questionnaires retournés, 35% faisaient part de leurs difficultés pour affirmer le diagnostic d'anorexie mentale. Les raisons invoquées étaient le refus d'acceptation du diagnostic par la patiente ou par sa famille (79%), un syndrome dépressif associé (10%), la dissimulation (5%), l'installation sournoise ne rendant pas les symptômes évidents (5%).

Le rôle du praticien de soins primaires est de permettre au patient de prendre conscience de la gravité de sa maladie sans avoir de gêne à en parler (79). Un peu plus de la moitié des patients serait prêt à confier leur préoccupation à leur MG puis à leur famille ou leurs amis (80). Toutefois, les deux tiers ne le feraient pas spontanément. Un quart des patients ayant un trouble alimentaire (77) regrette de n'avoir jamais été interrogé sur leur préoccupation alimentaire par un professionnel de santé. Cette prise de conscience serait pourtant prédictive d'une future demande de prise en charge puisque 90% d'entre eux déclarent qu'une seule question sur leurs habitudes alimentaires ou sur la représentation de leur schéma corporel conduiraient à une consultation pour demande de soins dans les 2 ans (71,80).

A notre connaissance, notre travail est le premier en France à évaluer en médecine de premiers soins l'application du SCOFF-F comme outil d'optimisation du dépistage des TCA. Paradoxalement, aucun des praticiens de l'étude n'en avait entendu parler au préalable alors même qu'il est recommandé depuis 2010 par la HAS comme un moyen de détection fiable de l'anorexie mentale. Né en 1999 à l'initiative de Morgan et al., le SCOFF a été validé par la suite dans trois études avant de connaître son essor au fil de sa traduction en différentes

langues dont le français en 2010 (14,61,64,81). Le SCOFF a été adopté comme l'instrument de base de dépistage des TCA en Angleterre (63). Validé comme test de dépistage fiable, reproductible, non onéreux, il présente une sensibilité à 94,6% et une spécificité à 94,7% (69). Malgré ses nombreux atouts, son existence et son utilité sembleraient être ignorées des MG. Comment l'expliquer ? La cause principale est avant tout liée à une campagne de communication insuffisante de la part des tutelles sanitaires auprès des soignants via des séminaires de développement professionnel continu. Les sources d'informations sont à 45% par la presse médicale et seulement à 23% par l'enseignement universitaire (74). De plus, un certain nombre de MG n'intègre pas l'intérêt d'un dépistage précoce des TCA, voire émettrait des doutes par rapport à une offre de soins souvent non identifiée, non structurée, non coordonnée, parfois absente (82). L'appréhension de gérer une maladie chronique et psychiatrique avec des conséquences psychologiques lourdes pour les soignants eux-mêmes semble être un frein certain (83). Les MG ressentent la prise en charge de l'anorexie mentale difficile (83,2%), chronophage (13,4%), source d'angoisse (7,6%) par le sentiment d'être démuni (27,7%) et incompétent (11,5%) (74) . Près de la moitié des MG sont insécurisés dans la gestion de ces troubles et préfèrent une orientation du patient vers un spécialiste (médecin psychiatre ou nutritionniste) dont les délais d'attente sont parfois de plusieurs mois dans certaines régions (84). Le dépistage précoce permet de prévenir des situations cliniques difficiles à gérer en ambulatoire. Cela passe par un apprentissage de l'identification des personnes à risque. La HAS recommande de porter une attention particulière aux populations suivantes : adolescentes, jeunes femmes (15 à 35 ans), professions à risque (mannequins, danseurs et sportifs), patients présentant des signes d'alerte (cassure staturo-pondérale, amaigrissement rapide, demande de régimes amaigrissants à poids normal, aménorrhée, baisse de la libido, hyperinvestissement intellectuel, hyperactivité physique) (4). Dans notre étude, les patients avec un SCOFF positif à l'inverse des patients avec un SCOFF-F négatif étaient d'un poids et d'une taille inférieurs, rapportaient davantage de plaintes digestives et psychologiques. Seulement la moitié des anorexiques et boulimiques consultent pour troubles psychologiques(50) . Aussi, toutes plaintes digestives répétées ou une perturbation des cycles menstruels chez une jeune patiente, en apparence normale, doit inciter le médecin à rechercher un TCA, d'autant plus s'il s'y associe un terrain anxieux ou une demande d'antidépresseurs(50,77).

Le SCOFF-F permet de faire le tri entre simple préoccupation de son alimentation et véritable TCA en requérant au moins deux items positifs sur les cinq. Que penser des personnes ayant répondu positif au seul item sur la préoccupation alimentaire dont près des deux tiers sont des hommes ? Sommes-nous confrontés à des formes sub-syndromiques de TCA chez l'homme ou une tendance culturelle à veiller à un « manger mieux » pour un meilleur bien être santé ?

6.2 Limites de l'étude

Une des limites de cette étude est le faible effectif de MG, peu représentatif de l'ensemble des pratiques. Par ailleurs, il a intéressé pour deux tiers des omnipraticiens engagés dans la formation des internes de médecine générale, donc soucieux de faire évoluer leurs pratiques. Indépendamment de leur implication universitaire, l'investissement comme acteur dans une thèse de médecine suscite une pratique plus attentive.

L'absence de données sur les poids à 3 et 6 mois (défaut de temps ou de données par les praticiens ?) fait défaut car il aurait permis de corréler score du SCOFF-F à l'évolution de la cinétique pondérale.

Le résultat du SCOFF-F n'a pas été corrélé aux critères officiels de DSM V pour retenir formellement le diagnostic de TCA et rejeter les faux positifs.

6.3 Implication pratique de l'étude

Nos résultats confirment la difficulté de l'identification des patients souffrant d'un TCA en soins primaires et une très large sous-utilisation du SCOFF-F malgré les recommandations existantes et émanant de la HAS.

Notre travail soulève une réflexion sur les modalités pratiques de diffusion de cet outil et sur les formations à proposer aux MG. A ce jour, le SCOFF-F ne figure sur aucun manuel d'enseignement aux étudiants en médecine. En post-universitaire, il est indispensable d'organiser des soirées de développement professionnel continu afin de diffuser le SCOFF-F mais aussi de dispenser une formation spécifique et pratique pour les MG en leur fournissant des procédures d'interrogatoire simples qui ciblent sur les habitudes alimentaires et permettent un usage intelligent de cet outil.

7 Conclusion

L'auto-questionnaire SCOFF-F, recommandé par la HAS, est incontestablement un excellent outil, simple et non onéreux, d'aide au dépistage des TCA puisqu'il permet au MG un gain de détection d'un facteur 13 comparé aux pratiques courantes. Néanmoins, il reste largement méconnu de la communauté des MG du fait d'une communication insuffisante sur le bénéfice de son usage, particulièrement chez des populations à risque comme les adolescentes, les jeunes femmes entre 15 et 35 ans, certaines professions à risque, ou en cas de signe d'alerte comme une dénutrition inexpliquée ou une préoccupation excessive de son schéma corporel. Au-delà du gain en termes de pratiques professionnelles, le SCOFF-F a surtout pour intérêt un dépistage précoce des TCA et une amélioration significative du pronostic de ces maladies dont la chronicisation est grevée d'une morbi-mortalité élevée.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire SCOFF-F

Patient
n°……

QUESTIONNAIRE SCOFF-F

	OUI	NON
Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie?		
Pensez-vous que vous êtes trop gros alors que les autres vous trouvent trop mince?		
Avez-vous récemment perdu plus de six kilogrammes en moins de trois mois?		
Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez?		
Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein »		

Annexe 2 : Questionnaire médical

Patient n°……

Questionnaire à l'attention du médecin traitant

1) Pour quel motif de consultation le patient vous consulte et/ou quel est votre diagnostic principal ?

- Somatique :

- Digestif ? Oui ☐ Non ☐ Précisez _____
- Gynécologique ? Oui ☐ Non ☐ Précisez _____
- Asthénie ? Oui ☐ Non ☐ Précisez _____
- Autre ? Oui ☐ Non ☐ Précisez _____

- Psychologique (anxiété, syndrome dépressif)

Oui ☐ Non ☐ Précisez _____

2) Diagnostic secondaire/associé ? _____

3) Le patient a accepté de remplir le questionnaire :

Oui ☐ Non ☐

4) Un diagnostic de troubles du comportement alimentaire (TCA) est connu chez votre patient au moment de la consultation :

Oui ☐ Non ☐

5) Lors d'une consultation antérieure, vous avez déjà envisagé un diagnostic de TCA chez votre patient sans avoir de diagnostic certain :

Oui ☐ Non ☐

6) A la fin de votre consultation actuelle, le diagnostic vous parait très probable :

Oui ☐ Non ☐

Annexe 3 : Fiche de suivi

Patients inclus

Date	N° patient	Nom et sexe	Age	Taille	Poids	Poids il y a 3mois	Poids il y a 6mois	IMC

Bibliographie

1. Grigioni S. Conduites addictives, habitudes de consommation et troubles du comportement alimentaire : étude transversale chez 1744 étudiants en Haute-Normandie. Rouen; 2007.

2. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, Incidence, Impairment, and Course of the Proposed DSM-5 Eating Disorder Diagnoses in an 8-Year Prospective Community Study of Young Women J.Abnorm Psychol 2012;118:587-97

3. Gouley- Toutain C, Flamand M, Cousin G, Al A. Prévalence des troubles nutritionnels dans une population consultant en médecine générale en Haute- Normandie : l'étude Normanut- 2 (NN- 2). Clin Nutr. 2010;24:63–4.

4. Haute Autorité de Santé. Recommandations 2010. Anorexie mentale : prise en charge-Premiers soins spécialisés et filières de prise en charge. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/fs_anorexie_2_cdp_300910.pdf

5. Haute Autorité de Santé. Recommandations 2010. Anorexie mentale : prise en charge-Repérage.http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/fs_anorexie_1_cdp_300910.pdf

6. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. Lancet. 2003;361:407–16.

7. Garcia F, Delavenne H, Déchelotte P. Atypical eating disorders: a review. Nutrition and Dietary Supplements. 2011;3:1–9.

8. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, et al. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. Int J Eat Disord. 1993;13:137–53.

9. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. Lancet. 2010;375:583–93.

10. American, Association P. DSM-IV-TR ® Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Arlington; 1994.

11. Organisation mondiale de la santé (OMS).Classification Internationale des Maladies, version 2010 (CIM- 10). Genève: OMS, CollaboratingCentre for Drug Statistics Methodolgy, 2010.www.who- int/publications/fr

12. Birgegård A, Norring C, Clinton D. DSM-IV versus DSM-5: implementation of proposed DSM-5 criteria in a large naturalistic database. Int J Eat Disord. 2012;45:353–61.

13. Preti A, Girolamo G de, Vilagut G, Alonso J, Graaf R de, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. J Psychiatr Res. 2009;43:1125–32.

14. 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. World J Biol Psychiatry. 2010;11:888–93.

15. Machado PPP, Machado BC, Gonçalves S, Hoek HW. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. Int J Eat Disord. 2007;40:212–7.

16. van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AIM, van Furth EF, Hoek HW. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. Int J Eat Disord. 2006;39:565–9.

17. Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H. Time trends in eating disorder incidence. Br J Psychiatry. 2005;186:132–5.

18. Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. Br. J. Psychiatry 1996;169:705–12.

19. Larrañaga A, Docet MF, García-Mayor RV. High prevalence of eating disorders not otherwise specified in northwestern Spain: population-based study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012;47:1669–73.

20. Marques L, Alegria M, Becker AE, Chen C-N, Fang A, Chosak A, et al. Comparative prevalence, correlates of impairment, and service utilization for eating disorders across US ethnic groups: Implications for reducing ethnic disparities in health care access for eating disorders. Int J Eat Disord. 2011;44:412–20.

21. Eddy KT, Hennessey M, Thompson-Brenner H. Eating pathology in East African women: the role of media exposure and globalization. J Nerv Ment Dis. 2007;195:196–202.

22. Bruce KR, Steiger H, Israël M, Groleau P, Ng Ying Kin NMK, Ouellette A-S, et al. Cortisol responses on the dexamethasone suppression test among women with Bulimia-spectrum eating disorders: Associations with clinical symptoms. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2012 Aug 7;38:241–6.

23. Espeset EMS, Gulliksen KS, Nordbø RHS, Skårderud F, Holte A. The Link Between Negative Emotions and Eating Disorder Behaviour in Patients with Anorexia Nervosa. Eur Eat Disord Rev. 2012;20:451–60.

24. Hamel AE, Zaitsoff SL, Taylor A, Menna R, Le Grange D. Body-Related Social Comparison and Disordered Eating among Adolescent Females with an Eating Disorder, Depressive Disorder, and Healthy Controls. Nutrients. 2012;4:1260–72.

25. Pjetri E, Schmidt U, Kas MJ, Campbell IC. Epigenetics and eating disorders. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2012;15:330–5.

26. Groleau P, Steiger H, Joober R, Bruce KR, Israel M, Badawi G, et al. Dopamine-system genes, childhood abuse, and clinical manifestations in women with Bulimia-spectrum Disorders. J Psychiatr Res. 2012;46:1139–45.

27. Unikel-Santoncini C, Ramos-Lira L, Juárez-García F. [Association of childhood sexual abuse and disordered eating in a sample of Mexican adolescents]. Rev Invest Clin.2011;63:475–83.

28. Swinbourne J, Hunt C, Abbott M, Russell J, St Clare T, Touyz S. The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. Aust N Z J Psychiatry. 2012;46:118–31.

29. von Lojewski A, Boyd C, Abraham S, Russell J. Lifetime and recent DSM and ICD psychiatric comorbidity of inpatients engaging in different eating disorder behaviours. Eat Weight Disord. 2012;17:185–93.

30. National Institute for Clinical Excellence.Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa,bulimia nervosa and related eating disorders.London: NICE; January 2004.

31. Brown TA, Keel PK. Current and emerging directions in the treatment of eating disorders. Subst abus. 2012;6:33–61.

32. Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. Int J Eat Disord. 2007;40:293–309.

33. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry. 2007;61:348–58.

34. Steinhausen H-C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. Am J Psychiatry. 2002;159:1284–93.

35. Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL, Crow SJ. Long-term outcome of bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry. 1999;56:63–9.

36. Fichter MM, Quadflieg N. Twelve-year course and outcome of bulimia nervosa. Psychol Med. 2004;34:1395–406.

37. Huas C, Godart N, Caille A, Pham-Scottez A, Foulon C, Divac SM, et al. Mortality and Its Predictors in Severe Bulimia Nervosa Patients. Eur Eat Disord Rev. 2012;21:15–9.

38. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. Am J Psychiatry. 2009;166:1342–6.

39. van Son GE, van Hoeken D, van Furth EF, Donker GA, Hoek HW. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. Int J Eat Disord. 2010;43:130–8.

40. Vrabel KR, Rosenvinge JH, Hoffart A, Martinsen EW, Rø O. The course of illness following inpatient treatment of adults with longstanding eating disorders: a 5-year follow-up. Int J Eat Disord. 2008;41:224–32.

41. Yeo M, Hughes E. Eating disorders - early identification in general practice. Aust Fam Physician. 2011;40:108–11.

42. Viinamäki A, Marttunen M, Fröjd S, Ruuska J, Kaltiala-Heino R. Subclinical Bulimia Predicts Conduct Disorder in Middle Adolescent Girls. Eur Eat Disord Rev. 2012;21:38-44.

43. Field AE, Sonneville KR, Micali N, Crosby RD, Swanson SA, Laird NM, et al. Prospective Association of Common Eating Disorders and Adverse Outcomes. Pediatrics. 2012;130:289–95.

44. Stice E, Marti CN, Shaw H, Jaconis M. An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescentsJ.Abnorm Psychol. 2009;118:587–97.

45. Fassino S, Pierò A, Tomba E, Abbate-Daga G. Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. BMC Psychiatry. 2009;9:67.

46. Carter JC, Mercer-Lynn KB, Norwood SJ, Bewell-Weiss CV, Crosby RD, Woodside DB, et al. A prospective study of predictors of relapse in anorexia nervosa: Implications for relapse prevention. Psychiatry Res. 2012;200:518–23.

47. Carter O, Pannekoek L, Fursland A, Allen KL, Lampard AM, Byrne SM. Increased wait-list time predicts dropout from outpatient enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) for eating disorders. Behav Res Ther. 2012;50:487–92.

48. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. Arch Gen Psychiatry. 2002;59:545–52.

49. Steinhausen H-C. Outcome of eating disorders. Child and adolescent psychiatric clinics of North America. 2009;18:225–42.

50. Van Son GE, Hoek HW, Van Hoeken D, Schellevis FG, Van Furth EF. Eating disorders in the general practice: a case-control study on the utilization of primary care. Eur Eat Disord Rev. 2012;20:410–3.

51. Striegel-Moore RH, DeBar L, Wilson GT, Dickerson J, Rosselli F, Perrin N, et al. Health services use in eating disorders. Psychol Med 2008;38:1465–74.

52. Galdón Blesa MP, López-Torres JD, David García Y, Gómez Honrubia MC, Escobar Rabadán F, Martínez Ramírez M. [Detection of bulimia nervosa in primary health care consultations]. Actas Esp Psiquiatr. 2003;31:129–32.

53. Smith MC, Thelen MH. Development and validation of a test for bulimia. J Consul Clin Psychol. 1984;52:863–72.

54. Henderson M, Freeman CP. A self-rating scale for bulimia. The "BITE."Br. J Psychiatry 1987;150:18–24.

55. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine. Cambridge University Press; 1979 Jul 9;9:273.

56. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. Psychological Medicine. Cambridge University Press; 2009;12:871.

57. Criquillon-Doublet C, Divac S, Dardenne R, Guelfi J. Le Eating disorder inventory. Masson. Paris; 1995. p. 249–60.

58. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJV. Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. Behav Res Ther. 2004;42:551–67.

59. Garrot G, Lang F, Estour J, Pellet J, Gauthey, Wagon C. Étude de la EAT. Échelle d'auto-évaluation de l'anorexie mentale dans une population témoin et dans une population d'anorexiques. Ann. Med. Psychol. 1987;145:258–64.

60. Cooper Z, Fairburn CG. The Eating Disorder Examination : a semi-structured inter view for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. Int J Eat Disord. 1987;6:1–8.

61. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ (Clinical research ed.). 1999;319(7223):1467–8.

62. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders. West J Med. 2000;172:164–5.

63. Hill LS, Reid F, Morgan JF, Lacey JH. SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. Int J Eat Disord. 2010;43:344–51.

64. Luck AJ, Morgan 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 (Clinical research ed.). 2002;325:755–6.

65. 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. Behav Res Ther. 2008;46:612–22.

66. Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez J a, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. J Psychosom Res. 2005;59:51–5.

67. Hautala L, Junnila J, Alin J, Grönroos M, Maunula A-M, Karukivi M, et al. Uncovering hidden eating disorders using the SCOFF questionnaire: cross-sectional survey of adolescents and comparison with nurse assessments. IJNS. 2009;46:1439–47.

68. Siervo M, Boschi V, Papa A, Bellini O, Falconi C. Application of the SCOFF, Eating Attitude Test 26 (EAT 26) and Eating Inventory (TFEQ) Questionnaires in young women seeking diet-therapy. Eat Weight Disord. 2005;10:76–82.

69. 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. Clin Nutr. Elsevier Ltd; 2011:178–81.

70. Cadwallader JS. TCA-MG : Prise en charge des patients atteints de troubles du comportement alimentaire en soins primaires par les médecins généralistes français. Paris sud.

71. Lask B, Bryant-Waugh R, Wright F, Campbell M, Willoughby K, Waller G. Family physician consultation patterns indicate high risk for early-onset anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2005;38:269–72.

72. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. Int J Eat Disord. 2003;34:383–96.

73. Modan-Moses D, Yaroslavsky A, Kochavi B, Toledano A, Segev S, Balawi F, et al. Linear growth and final height characteristics in adolescent females with anorexia nervosa. PloS one. 2012;7:45504.

74. Fabry-Ponrouch F. Evaluation de la prise en charge de l'anorexie mentale à l'adolescence en médecine générale à travers une enquête menée auprès des médecins généralistes de la Marne. Reims; 2011.

75. Porcelli P, Leandro G, De Carne M. Functional gastrointestinal disorders and eating disorders. Relevance of the association in clinical management. Scand J Gastroenterol. 1998;33:577–82.

76. Boulé CJ, McSherry JA. Patients with eating disorders. How well are family physicians managing them? Can Fam Physician. 2002;48:1807–13.

77. Mond JM, Myers TC, Crosby RD, Hay PJ, Mitchell JE. Bulimic eating disorders in primary care: hidden morbidity still? J Clin Psychol Med Réglages. 2009;17:56–63.

78. Chamay Weber C, Haller DM, Narring F. Is there a role for primary care physicians' screening of excessive weight and eating concerns in adolescence? J Pediatr. 2010;157:32–5.

79. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C. Health service utilization for eating disorders: findings from a community-based study. Int J Eat Disord. 2007;40:399–408.

80. Becker AE, Thomas JJ, Franko DL, Herzog DB. Disclosure patterns of eating and weight concerns to clinicians, educational professionals, family, and peers. Int J Eat Disord. 2005;38:18–23.

81. Perry L, Morgan J, Reid F, Brunton J, O'Brien A, Luck A, et al. Screening for symptoms of eating disorders: reliability of the SCOFF screening tool with written compared to oral delivery. Int J Eat Disord. 2002;32:466–72.

82. Johnston O, Fornai G, Cabrini S, Kendrick T. Feasibility and acceptability of screening for eating disorders in primary care. Fam Pract. 2007;24:511–7.

83. Coomber K, King RM. A longitudinal examination of burden and psychological distress in carers of people with an eating disorder. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012;48:63-71

84. Flahavan C. Detection, assessment and management of eating disorders; how involved are GPs? Ir J Psychol Med; 2006;23:96–9.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.
J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.
Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Evaluation en médecine de soins primaires chez des patients entre 15 et 45 ans de l'apport de l'auto-questionnaire SCOFF-F dans le dépistage des troubles du comportement alimentaire en comparaison aux pratiques habituelles

Rationnel : Les troubles du comportement alimentaire (TCA), fréquents chez les jeunes femmes de 15 à 45 ans, sont des maladies complexes souvent associées à une errance diagnostique en soins primaires, source d'une morbi-mortalité élevée. Bien qu'il ait été démontré qu'un dépistage précoce améliore le pronostic, les TCA sont sous-estimés par les médecins généralistes (MG) en soins primaires par manque ou méconnaissance d'instruments de dépistage. L'auto-questionnaire SCOFF-F, recommandé par la Haute Autorité de Santé, est un outil qui malgré une excellente sensibilité et spécificité pour la détection reste méconnu et peu utilisé.

Objectif : Notre travail a souhaité évaluer le gain apporté par le SCOFF-F au MG dans le dépistage des TCA en comparaison avec sa pratique habituelle en soin primaire chez des patients de 15 à 45 ans.

Méthode : Les MG ont recruté des patients de 15 à 45 ans les consultant à leur cabinet de ville quel que soient le ou les motifs de consultation. Les patients remplissaient le SCOFF-F en fin de consultation et en parallèle, leur MG un questionnaire médical de 6 items portant sur le diagnostic principal et secondaire, le motif de consultation, la connaissance d'un TCA antérieur, la suspicion d'un TCA à l'issue de la visite.

Résultats : 14 MG ont participé et ont recruté 210 patients. Selon les pratiques courantes, 14 (6%) patients ont été considérés comme ayant un diagnostic probable de TCA à la fin de la consultation contre 53 (25%) identifiés par le SCOFF-F (score $\geq$ 2/5). La discordance de dépistage était statistiquement significative ($p < 0,0001$) avec une optimisation du repérage d'un facteur 13. En comparaison aux patients avec un score de SCOFF-F < 2, les patients avec un SCOFF-F positif avaient un poids actuel et une taille inférieurs ($p < 0,05$), consultaient peu pour leur désordres pondéraux mais davantage pour des troubles digestifs ($p < 0,05$) associés à des troubles psychiatriques.

Conclusion : Le SCOFF-F est clairement un excellent outil d'aide au dépistage précoce pour les praticiens de soins primaires. Après l'évaluation de l'acceptabilité de ce questionnaire en dépistage de routine auprès des patients cibles, une meilleure diffusion de cet outil auprès des MG doit être envisagée.

Mots clés : troubles du comportement alimentaire, anorexie, boulimie, EDNOS, dépistage, soins primaire, SCOFF-F