



**HAL**  
open science

# Depistage des troubles des conduites alimentaires chez les externes en medecine en France

Alexia Parsi

► **To cite this version:**

Alexia Parsi. Depistage des troubles des conduites alimentaires chez les externes en medecine en France. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04760958

**HAL Id: dumas-04760958**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04760958v1>**

Submitted on 30 Oct 2024

**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.

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

ANNÉE 2024

\*\*\*\*\*

**THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE**

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Médecine - D.E.S de Psychiatrie

---

# **DÉPISTAGE DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES CHEZ LES EXTERNES EN MÉDECINE EN FRANCE**

---

Présentée et soutenue publiquement le 24 Octobre 2024 à la faculté de médecine de Nice  
Par **PARSI Alexia** née le 2 février 1994 à Bastia

\*\*\*\*\*

MEMBRES DU JURY :

Président du Jury :

Monsieur le Professeur BENOIT Michel

Directeur de thèse :

Madame le Docteur CLERICI Léonor

Assesseurs :

Monsieur le Docteur ARMANDO Anthony

Madame le Docteur BEETZ-LOBONO Eva-Maria

Monsieur le Docteur CERUTI Guillaume

Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

**Doyen**

**Pr. Jean DELLAMONICA**

**Vice-doyennes**

**Pédagogie**

**Pr. Véronique ALUNNI**

**Recherche**

**Pr. Barbara SEITZ-POLSKI**

**Relations internationales**

**Pr Fanny BUREL-VANDENBOS**

Conservateur de la bibliothèque

Mme Danièle AMSELLE

Directrice administrative des services

Mme Isabelle CALLEA

**Doyens Honoraires**

M. Patrick RAMPAL

M. Daniel BENCHIMOL

M. Patrick BAQUÉ

Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	Véronique	ALUNNI	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M	Nicolas	AMORETTI	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	Rodolphe	ANTY	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	Florence	ASKENAZY-GITTARD	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	Philippe	BAHADORAN	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	Stéphanie	BAILLIF	Ophthalmologie (55.02)
Mme	Sylvie	BANNWARTH	Génétique (47.04)
M.	Patrick	BAQUÉ	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	Emmanuel	BARRANGER	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	Emmanuel	BENIZRI	Chirurgie Générale (53.02)
M.	Michel	BENOIT	Psychiatrie (49.03)
M.	Gilles	BERNARDIN	Réanimation Médicale (48.02)
M.	J-Philippe	BERTHET	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	André	BONGAIN	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	Alexandre	BOZEC	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	Jean	BREAUD	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	Véronique	BREUIL	Rhumatologie (50.01)
M.	Nicolas	BRONSARD	Anatomie Chir Ortho et Traumatologie (42.01)
M.	Olivier	CAMUZARD	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	Fanny	BUREL-VANDENBOS	Anat. cytol. path. (42.03)
M.	Michel	CARLES	Mal. infect. ; trop. (45.03)
M.	Laurent	CASTILLO	O.R.L. (55.01)
M.	Nicolas	CHEVALIER	Endo.diab.mal. métab (54.04)
M.	Patrick	CHEVALLIER	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	Giulia	CHINETTI	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	Thomas	CLUZEAU	Hématologie (47.01)
M.	Jacques	DARCOURT	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	David	DARMON	Médecine Générale (53,03)
M.	Jean	DELLAMONICA	Réanimation médicale (48.02)
M.	Jérôme	DELOTTE	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	Jérôme	DOYEN	Radiothérapie (47.02)
M.	Milou-Daniel	DRICI	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	Matthieu	DURAND	Urologie (52.04)



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Vincent	ESNAULT	Néphrologie (52-03)
Mme	Christelle	ESTRAN-POMARES	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	Guillaume	FAVRE	Physiologie (44.02)
M.	Emile	FERRARI	Cardiologie (51.02)
M.	J-Marc	FERRERO	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	Denys	FONTAINE	Neurochirurgie (49.02)
M.	J-Paul	FOURNIER	Thérapeutique (48-04)
M.	Eric	GILSON	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	Valérie	GIORDANENGO	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	Lisa	GIOVANNINI-CHAMI	Pédiatrie (54.01)
M.	Olivier	GUERIN	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	Nicolas	GUEVARA	Oto-Rhino-laryngologie ( 55.01)
M.	Jean	GUGENHEIM	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	J-Michel	HANNOUN-LEVI	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	Reda	HASSEN KHODJA	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	Xavier	HÉBUTERNE	Nutrition (44.04)
M.	Paul	HOFMAN	Anat. cytol. path. (42.03)
M.	Olivier	HUMBERT	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	Antonio	IANNELLI	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	Carole	ICHAÏ	Anesth. réa. (48.01)
M.	Marius	ILIÉ	Anat. cytol. path. (42.03)
M	Elixène	JEAN-BAPTISTE	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	Georges	LEFTHERIOTIS	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
Mme	Sylvie	LEROY	Pneumologie-Addictologie (51.01)
M.	Jacques	LEVRAUT	Médecine d'urgence (48.05)
M.	Michel	LONJON	Neurochirurgie (49.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Charles	MARQUETTE	Pneumologie (51,01)
M.	J-François	MICHIELS	Anat. cytol. path. (42.03)
Mme	Pamela	MOCERI	Cardiologie (51.02)
M.	Henri	MONTAUDIÉ	Dermatologie (50.03)
M.	Nicolas	MOUNIER	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	J-Christophe	ORBAN	Anesth. réa. (48.01)
M.	Bernard	PADOVANI	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	Philippe	PAQUIS	Neurochirurgie (49.02)
Mme	Véronique	PAQUIS	Génétique (47.04)
M.	Thierry	PASSERON	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	Thierry	PICHE	Gastro-entérologie (52.01)
M.	Christian	PRADIER	Epid., éco. santé (46.01)
Mme	Virginie	RAMPAL	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	Pierre	ROHRLICH	Pédiatrie (54.01)
M.	Eric	ROSENTHAL	Médecine Interne (53.01)
M.	Christian	ROUX	Rhumatologie (50.01)
M.	Raymond	RUIMY	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	Sabrina	SACCONI	Neurologie (49.01)
Mme	Nirvana	SADAGHIANLOO	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	Stéphane	SCHNEIDER	Nutrition (44.04)
Mme	Barbara	SEITZ-POLSKI	Immunologie (47.03)
M.	Antoine	SICARD	Néphrologie (52.03)
M.	Pascal	STACCINI	Biostat. inf.méd. TC (46.04)
M.	Pierre	THOMAS	Neurologie (49.01)
M.	Albert	TRAN	Hépatogastro-entérologie (52.01)
M.	Geoffroy	VANBIERVLIET	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. Damien	AMBROSETTI	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme Caroline	BERNARDI	Médecine légale et droit de la Santé (46.03)
Mme Julie	BERNARDOR	Pédiatrie (54.01)
Mme Ghislaine	BERNARD-POMIER	Immunologie (47.03)
Mme Tiphanie	BOUCHEZ	Médecine Générale ( 53.03)
Mme Julie	CONTENTI-LIPRANDI	Médecine d'urgence ( 48-04)
M. Johan	COURJON	Mal. infect. ; trop. (45.03)
Mme Bérengère	DADONE-MONTAUDIÉ	Cancérologie-radiothérapie (47.02)
M. Alain	DOGLIO	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. Arnaud	FERNANDEZ	Pédopsychiatrie ( 49-04)
Mme Charlotte	HINAULT	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. Mathieu	JOZWIAK	Médecine intensive-Réanimation (48.02)
Mme Brigitte	LAMY	Bactériologie-virologie ( 45.01)
Mme Elodie	LONG-MIRA	Cytologie et Histologie (42.02)
M. Michaël	LOSCHI	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. Romain	LOTTE	Bact-vir ; Hyg.hosp. (45.01)
Mme Marie-Noëlle	MAGNIÉ	Physiologie (44.02)
M. Arnaud	MARTEL	Ophtalmologie (55.02)
M. Nihal	MARTIS	Méd int. ; gériatrie (53.01)
M. Damien	MASSALOU	Chirurgie Viscérale ( 52-02)
Mme Sandra	MUSSO-LASSALLE	Anat. cytol. path. (42.03)
M. Mourad	NAÏMI	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme Céline	OCELLI	Médecine d'urgence ( 48-04)
M. Charles	SAVOLDELLI	Chir. maxill. & stom (55.03)
M. Fabien	SQUARA	Cardiologie (51.02)
Mme Susanne	THÜMMLER	Pédopsychiatrie ( 49-04)
M. Antoine	TRAN	Pédiatrie (54.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme Auriane GROS Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme Rebecca LANDI Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Mme Emeline MICHEL Médecine interne-Gériatrie (53.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Mme Christine LEBRUN-FRENAY Neurologie (49.01)  
Mme Brigitte MONNIER Médecine Générale (53.03)  
Mme Flora TREMELLAT-FALIERE Médecine palliative (46.05)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme Céline CASTA Médecine Générale (53.03)  
M. Fabrice GASPERINI Médecine Générale (53.03)  
M. Marc-André GUERVILLE Médecine Générale (53.03)  
Mme Maud RAQUIN-POUILLON Médecine Générale (53.03)



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M.	Marc	ALBERTINI	M.	Pierre	GIBELIN
M.	Jean	AMIEL	M.	J-Yves	GILLET
M.	Daniel	BALAS	M.	Patrick	GRELLIER
M.	Michel	BATT	M.	Dominique	GRIMAUD
M.	Etienne	BÉRARD	M.	Philippe	HOFLIGER
M.	Bruno	BLAIVE	M.	Jacques	JOURDAN
Mme	Florence	BLANC-PEDEUTOUR	M.	J-Philippe	LACOUR
M.	Patrice	BOQUET	M.	J-Claude	LAMBERT
M.	André	BOURGEON	M.	Michel	LAZDUNSKI
M.	Patrick	BOUTTÉ	M.	Yves	LE_FICHOUX
M.	J-Noël	BRUNETON	M.	J-Claude	LEFEBVRE
Mme	Françoise	BUSSIERE	M.	Roger	MARIANI
M.	J-Pierre	CAMOUS	M.	Pierre	MARTY
M.	Bertrand	CANIVET	M.	René	MASSEYEFF
M.	Jill-patrice	CASSUTO	M.	Mathieu	MATTEI
M.	Marcel	CHATEL	M.	Jean	MOUIEL
M.	Alain	COUSSEMENT	M.	Jérôme	MOUROUX
Mme	Dominique	CRENESSE	Mme	Martine	MYQUEL
M.	Guy	DARCOURT	M.	Dominique	PRINGUEY
M.	Fernand	DE_PERETTI	M.	Gérald	QUATREHOMME
M.	Pierre	DELLAMONICA	M.	Marc	RAUCOULES-AIMÉ
M.	Jean	DELMONT	Mme	Dominique	RAYNAUD
M.	François	DEMARD	M.	Philippe	ROBERT
M.	Claude	DESNUELLE	M.	Joseph	SANTINI
M.	Claude	DOLISI	M.	J- Baptiste	SAUTRON
M.	Patrick	FENICHEL	M.	Maurice	SCHNEIDER
M.	Alain	FRANCO	M.	Antoine	THYSS
M.	Pierre	FREYCHET	M.	Jacques	TOUBOL
M.	J-Gabriel	FUZIBET	M.	Dinh Khiem	TRAN
M.	Pierre	GASTAUD	M.	Emmanuel	VAN OBBERGHEN
M.	J-Pierre	GÉRARD			

Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

M.C.U. Honoraires

M.	Jacques	ARNOLD	M.	Marcel	GASTAUD
M.	Bernard	BASTERIS	M.	Jean	GIUDICELLI
M.	José	BENOLIEL	M.	Jacques	MAGNÉ
Mlle	Rose-Marie	CHICHMANIAN	Mme	Nadine	MEMRAN
Mme	Michèle	DONZEAU	M.	Raymond	MENGUAL
M.	Roméo	EMILIOZZI	M.	Patrick	PHILIP
M.	Thierry	FOSSE	M.	J-Claude	POIRÉE
M.	Philippe	FRANKEN	Mme	Marie-Claire	ROURE
M.	Rodolphe	GARRAFFO	M.	Jean	TESTA
			M.	Pierre	TOULON

Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	François	BERTRAND	Médecine Interne
M.	Patrice	BROCKER	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	Daniel	CHEVALLIER	Urologie
Mme	Manuella	FOURNIER-MEHOUAS	Médecine Physique et Réadaptation
M.	Patrick	JAMBOU	Coordination prélèvements d'organes
M.	Mathieu	LEBOEUF	gynécologie- obstétrique
Mme	Geneviève	NADEAU	uro-gynécologie
M.	Guillaume	ODIN	Chirurgie maxilo-faciale
M.	Frédéric	PEYRADE	Onco-Hématologie
M.	Bertrand	PICCARD	Psychiatrie
M.	J-François	QUARANTA	Santé Publique

## REMERCIEMENTS :

### Aux membres du jury :

Au Pr **Michel BENOIT** : Votre enseignement et votre pédagogie au long de ces années ont été une source précieuse d'inspiration, je vous adresse mes sincères remerciements pour l'honneur que vous me faites de présider mon jury de thèse. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon respect.

Au Dr **Léonor CLERICI** : **Léonor**, ma directrice de thèse, qui a été d'un soutien inestimable tout au long de ce parcours. Non seulement tu m'as guidée avec une bienveillance et une rigueur inégalables et cela à tous niveaux, mais tu as également su jongler avec les exigences de ta propre vie, devenant maman de la petite **Camina**, une adorable petite fille dont les gazouillis accompagnaient parfois nos discussions. Pendant tout ce temps, ton mari **Antoine** m'a également accueilli avec une grande gentillesse. Je me plais à penser que, tout comme Camina, j'ai été, d'une certaine manière, ton « bébé de thèse ». Cette thèse n'aurait pu voir le jour sans ton accompagnement constant, ta patience et ton dévouement. Merci, Léonor, pour tout cela.

Au Dr **Anthony ARMANDO** : **Anthony**, ta grande empathie, ton écoute attentive, ton sourire constant, ta joie de vivre et ta présence agréable ont rendu chaque moment passé ensemble enrichissant et parfois hors du commun. J'ai énormément appris à tes côtés, notamment lorsque tu as été mon chef à Saint Jérôme. Je te remercie sincèrement pour ton soutien, ton enseignement précieux et ta bonne humeur tout au long de cette période, et je te remercie également d'être membre de mon jury de thèse.

Au Dr **Eva-Maria BEETZ-LOBONO** : **Eva**, ta bienveillance, ta douceur et ton extrême gentillesse rendent chaque moment de travail à tes côtés aussi enrichissant qu'agréable. Travailler avec toi est un véritable plaisir, tant sur le plan humain que professionnel. Ton expertise dans le domaine des troubles des conduites alimentaires, qui me passionne particulièrement, a été pour moi une source constante d'inspiration. Merci pour tout ce que tu m'as enseigné et pour l'exemple que tu représentes au quotidien. Je te remercie sincèrement pour l'honneur que tu me fais en acceptant d'être membre de mon jury de thèse.

Au Dr **Guillaume CERUTI** : **Guillaume**, merci pour ton encadrement lors de mon stage en addictologie. Ta gentillesse incroyable, ta courtoisie, et tes multiples connaissances dans tant de domaines ont fait de cette expérience un véritable apprentissage. Tu es un puits de savoir, d'une grande intelligence, et surtout, tu es une très belle personne. Merci pour ta rigueur, ton soutien, l'inspiration que tu m'as apportée ainsi que de l'honneur que tu me fais en faisant partie de mon jury de thèse.

A tous mes maîtres d'internat :

Au Dr **Graziella LEALI** : qui m'a accueilli pour mon tout premier stage d'interne. Votre bienveillance extrême, votre grande gentillesse et votre côté maternel ont été un véritable soutien durant cette période charnière. Vous avez toujours été disponible et présente, et je vous en remercie sincèrement pour votre encadrement et votre présence attentive tout au long de mon apprentissage.

Au Dr **Youlia ASTRUC** : qui a été ma cheffe pendant six mois lors de mon tout premier stage en psychiatrie adulte. Ta sympathie, ton sourire constant et ta bonne humeur ont rendu cette période très agréable. J'ai beaucoup appris à tes côtés, et je te remercie sincèrement pour ton enseignement et ton soutien.

Au Dr **Victoriya FERNANDEZ** : pour ta gentillesse et ta douceur. Ta présence apaisante a été précieuse. Merci pour ton enseignement, ta bienveillance et les repas que nous avons passé ensemble.

Au Dr **Faredj CHERIKH** : pour votre enseignement et votre bienveillance tout au long de mon parcours, j'ai beaucoup appris lors de mon stage en addictologie et également de FST nutrition.

Au Dr **Magalie ORLOWKI** : pour ta sagesse, ton enseignement et ta tempérance. Ta manière d'aborder les défis avec calme et discernement m'a beaucoup appris. Merci pour tout ce que tu m'as transmis et pour ton soutien précieux ainsi que pour ton accueil chaleureux pendant près d'un an autour de la table ronde en liaison.

Au Pr **Stéphane SCHNEIDER** : Je vous remercie très sincèrement pour votre enseignement, votre gentillesse, et pour m'avoir encadré tout au long de mon année de FST de nutrition ainsi que pour mes deux mémoires. Votre soutien et votre disponibilité ont été précieux, et j'ai beaucoup appris grâce à vous. Merci également pour votre approche à la fois rigoureuse et accessible, qui rend l'apprentissage d'autant plus agréable.

Au Dr **Gilbert ZEANANDIN** : pour votre gentillesse et votre enseignement. J'ai énormément appris à vos côtés lors des consultations auxquelles j'ai eu la chance d'assister, en particulier sur le versant somatique de la prise en charge des troubles des conduites alimentaires.

Au Pr **Antonio IANNELLI** : pour votre enseignement, votre humanité et votre expertise chirurgicale, j'ai énormément appris au cours de vos consultations de chirurgie bariatrique.

Au Pr **Nicolas CHEVALIER** : pour votre accueil et pour le stage enrichissant que j'ai pu en effectuer dans votre service d'HDJ d'endocrinologie. Votre encadrement, ainsi que la richesse des enseignements dispensés, ont été d'une grande valeur pour moi. Merci pour cette expérience formatrice.

Au Dr **Valérie AUBIN** : pour m'avoir fait l'honneur d'effectuer mon stage au sein de votre service où j'ai pu bénéficier d'un enseignement et d'un encadrement de grande qualité.

Au Dr **Joséphine LOFTUS** : je tiens à te remercier profondément pour ton extrême gentillesse et ta bienveillance. Tu m'as énormément appris, et ta manière d'accompagner avec douceur, patience, et un sens aigu de l'écoute a enrichi mon parcours bien au-delà de ce que j'aurais pu espérer. Ton aide précieuse m'a permis d'avancer plus sereinement, et ta générosité, tant sur le plan professionnel qu'humain, a été pour moi un véritable modèle. Merci infiniment pour tout .

Au Dr **Nathalie BEAU** : Nathalie, mon incroyable binôme de bureau, avec qui j'ai partagé non seulement l'espace, mais aussi nos moments d'éparpillement joyeux ! Ta personnalité exceptionnelle et ton énergie ont rendu chaque journée plus agréable. Merci aussi d'avoir tenté à de multiples reprises de me déstresser avec l'hypnose ! Tu as marqué mon parcours par ta gentillesse et ta bienveillance et je garde en tête tous les conseils que tu m'as enseignés.

Au Dr **Eléonore ABREU** : pour ta gentillesse, ta douceur et ton sourire tout au long de mon stage.

Aux équipes soignantes :

Qui m'ont accompagné le long de mon apprentissage et de mes stages d'internat.

Merci aux soignants de l'**USPE** pour leur gentillesse et de l'**UPATD** pour leur enseignement.

Merci aux soignants du **CHSM** et notamment de **Saint Pierre** et de **Saint Jérôme** pour leur accueil et leur gentillesse, travailler avec vous a été un véritable bonheur.

Merci à l'équipe du **M1** pour leur gentillesse et leurs précieux enseignements, ainsi que de m'avoir remis le titre de « *Pintade du M1* ».

Merci à l'équipe du **D1** pour leur extrême douceur ainsi que pour leur bienveillance tout au long de mon stage. Sans oublier l'**équipe de la liaison**, **Richard** et **Leati** avec qui nous avons partagé tellement de table ronde et de fou rire.

Merci à l'équipe de l'**HDJ d'endocrinologie** et du **CSO** pour leur précieux apprentissage et pour leur accueil.

Un immense merci à toute l'équipe soignante de **Psy II du CHPG**, vous qui avez été comme une famille pour moi dans cette période cruciale et ma vie et vu évoluer au gré de l'avancement de ma thèse qui rappelons-le n'aurait jamais pu voir le jour sans les rappels quotidiens de **Manu** sur son (non) avancement et les nombreux cafés nécessaires pour pallier mon manque de sommeil. Merci à vous pour tout ce que vous m'avez apporté et pour toute votre générosité, vos valeurs humaines et votre soutien constant, je vous suis extrêmement reconnaissante.

Merci encore à **Maguy, Oliv, Nours, Manu, Isabelle(s), Patrick, Sarah, Elodie, Cécile, Joy, Tania, Marina, Audrey, Laura, Laurence(s), Caroline, César, Pascal, Roger, Marjo, Déborah, Marie-Agnès, Lucas, Angélique...** ainsi qu'aux nombreux autres soignants de l'équipe.

A ma famille :

A mes parents, **Papa** et **Maman** quelle chance j'ai d'être votre fille, merci de tout l'amour que vous m'apportez, merci d'avoir été là pour moi tout au long de ma vie, de m'avoir fait grandir et de m'accompagner encore chaque jour, merci pour tout ce que vous faites pour moi, je vous aime de tout mon cœur.

A ma petite sœur **Camille**, même si au départ j'aurai préféré avoir un caniche je ne souhaiterai pour rien au monde t'échanger, j'admire ta sagesse et ta force de caractère. Nous sommes tellement différentes et complémentaires à la fois. Merci de m'enseigner ton savoir chaque jour et d'avoir eu les yeux qui pleurent en corrigeant mes fautes d'orthographe et de syntaxe comme tu as toujours eu l'habitude de le faire. Je t'aime.

A mon **Tonton Louis**, mon deuxième papa, si la folie avait une définition je pense que ça serait toi, peut-être est-ce toi qui m'a inconsciemment poussé vers cette merveilleuse vocation. Je te suis infiniment reconnaissante pour tout ce que tu as fait pour moi et pour tous les incroyables périples que nous avons vécus avec Camille lors de nos voyages. Ta fleur qui t'aime.

A ma **Mamie Madeleine**, merci pour tout le savoir que tu m'as enseigné et de m'avoir accompagnée sur ce long chemin.

A mes **Pépés Martin** et **Fernand**, ma **Mémé Anna**, **Noncette**, ainsi que mon **tonton Hidé**, je sais que de là-haut vous continuez à veiller sur moi et que seriez fières.

A ma cousine **Sabrina**, pour nos discussions et soirées pizze ainsi que pour ton talent inégalé de photographe ainsi qu'à ma tante **Dumè** qui me fait le plaisir d'assister à ce jour.

A ma tante **Marie-Laure** pour ton soutien permanent et à mon oncle **Sauveur**.

A ma famille, **Marraine** merci pour ta gentillesse et pour ton soutien.

Pour toute **ma famille en Corse** qui je sais sera présente par la pensée.

A **Johan**, ta franchise et ton sens de l'humour inégalable me donnent le sourire chaque jour. Tu es une personne importante pour moi, et ta présence m'a profondément touché. Merci d'être là en ce moment important.

A mes amis :

A mon ami **Franck** qui n'a eu de cesse de se soucier de mon avancée dans mon parcours en me rappelant « alors la moche t'as toujours pas fini ».

A mes Pussy de Nice : **Claire** que j'ai la chance de connaître depuis la P1, **Méggi**, **Marine(s)**, **Jojo**, **Elena**, **Daphnée**, **Emma**, **Nicky** et bien évidemment **Léonor** et sans oublier le beau et élégant **Rémy** qui vient de passer sa thèse il y a pile une semaine. Vous avez égayé mon externat. C'est enfin à mon tour de passer cette ultime étape.

A **Elena** et **Sarah**, à nous 3 nous formons le club très select des « SSA », une thèse entière ne suffirait pas à vous dire à quel point vous êtes importantes pour moi et comme je vous suis reconnaissante d'être mes amies, mon amour pour vous est proportionnel aux nombres de mes story. Ensemble nous avons partagé de cris, des pleurs mais surtout beaucoup de rire. Sans oublier **Maxime** qui n'a rien demandé de tout ça, mais s'est retrouvé mêlé dans ce trio infernal qui tend à devenir un quatuor.

A **LuluD**, alias Dr Duprez, mon âme frère, qui ne cessera chaque fois de me surprendre avec ses trépidantes péripéties et ses conseils aiguisés ainsi que les moultes boutons de chemise qui lui ont succombé. J'espère qu'un jour j'arriverai moi aussi à « taper du poing sur la table » aussi bien que toi.

A **petit Lulu**, pour ta gentillesse et ton enseignement sur l'histoire et la géographie, tu parles peu mais tu parles juste, j'ai de la chance d'avoir fait ta connaissance.

A **Kévin**, toi qui as été mon binôme du D1 et as du me supporter en plein moment de stress pour mon mémoire. Tu as su canaliser mes crises d'angoisses, sache que ce semestre avec la thèse, le niveau aurait été multiplié par 1000. Je te remercie pour ta bienveillance et ton sourire ainsi que pour les fabuleux montages que tu as réalisés, ainsi que **Sodané** pour ta douceur, ta gentillesse et ta sensibilité à mon sens de l'humour qui je l'accorde est parfois douteux.

A **Alexandra**, pour ton côté solaire et ton sourire, les moments passés avec toi sont toujours très agréables.

A **Camille**, pour ta gentillesse et ton énergie débordante ainsi qu'à **Pierre** pour ta sagesse, ta philosophie et les nombreux sujets sur lesquels nous échangé lors de nos tables rondes.

A la **team des internes d'endoc** dans laquelle j'ai pu m'infiltrer le temps d'un semestre avec une mention particulière pour la belle **Elena** et pour **Enzo** mon double maléfique ou plutôt angélique. Merci pour votre accueil et pour les karaokés.

Ainsi que **tous mes autres co-internes** avec lesquels j'ai eu la chance de partager des stages et des moments.

#### A toutes et tous :

Je souhaite adresser un remerciement sincère à **toutes les personnes** qui, à un moment ou un autre, ont partagé un bout de ce chemin avec moi. Que ce soit dans des moments de joie ou de difficulté, vos présences, vos mots, vos gestes ont contribué à me façonner et à m'amener là où je suis aujourd'hui. Même si nos chemins ont pris des directions différentes, je garde un souvenir précieux de chaque rencontre.

**Aux externes** pour leur courage et leur détermination, merci à vous pour ce que vous entreprenez au quotidien, ne vous oubliez pas dans ces études éprouvantes et peu importe le chemin ou la durée je vous souhaite le meilleur pour la suite.

Et enfin, à **moi-même**, je me remercie d'avoir accompli tout ce chemin, de ne pas avoir baissé les bras malgré tous les moments de doute. Je me souhaite d'être heureuse entourée des gens que j'aime.



## Table des matières

<b>TABLE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS :</b> .....	<b>18</b>
<b>INTRODUCTION :</b> .....	<b>19</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE :</b> .....	<b>22</b>
1. Design de l'étude : .....	<b>22</b>
2. Population d'étude : .....	<b>22</b>
3. L'auto-questionnaire : .....	<b>22</b>
4. Variables mesurées : .....	<b>23</b>
SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food) : .....	23
EAT-26 (Eating Attitudes Test) : .....	23
BITE (Bulimia Investigatory Test, Edinburgh) : .....	24
HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) : .....	24
ESV : (Échelle de satisfaction de vie) : .....	24
BFI-10 (Big Five Inventory - 10 items) : .....	25
5. Analyse statistique : .....	<b>25</b>
<b>RÉSULTATS :</b> .....	<b>26</b>
1. Dépistage des TCA à partir du SCOFF - Caractéristiques de base de la population d'étude : .....	<b>26</b>
2. Caractéristiques de la population d'études dans les divers domaines de santé (hors domaine alimentaire) : .....	<b>27</b>
Sur le plan du sommeil : .....	27
Sur le plan de la sexualité : .....	27
Sur le plan de la sédentarité et de la pratique sportive : .....	28
Sur le plan des toxiques ou des prises médicamenteuses : .....	28
Sur le plan des addictions comportementales : .....	29
Sur le plan des événements de vie : .....	29
Sur le plan de la santé mentale : .....	30
Sur le plan des autres comorbidités psychiatriques rapportées par les externes : .....	30
3. Caractéristiques de la population d'études sur le domaine alimentaire : .....	<b>31</b>
Sur le plan de l'alimentation actuelle : .....	31
Sur le plan des difficultés alimentaires passées : .....	32
Sur le plan des répercussions des difficultés alimentaires : .....	33
4. Caractéristiques de la population en fonction des échelles : .....	<b>34</b>
SCOFF : .....	34
EAT 26 : .....	34
BITE : .....	34
HAD : .....	34
ESV : .....	35
BFI-10 : .....	35
5. Résultats du EAT et du BITE en fonction du SCOFF : .....	<b>36</b>
Répartition des résultats du SCOFF en fonction du EAT-26 et du BITE : .....	36
Performances du SCOFF en prenant le BITE et l'EAT-26 comme référence : .....	36
6. Caractéristiques de la population en fonction des autres variables : .....	<b>37</b>
Sexe : (Femmes vs Hommes) : .....	37
Comorbidités psychiatriques : (Psy+ vs Psy-) : .....	38
HAD dépression : .....	39
Victimes d'abus sexuel : (VAB + vs VAB -) : .....	40

<b>DISCUSSION :</b> .....	<b>41</b>
Interprétation des résultats principaux : .....	<b>41</b>
Limites de l'étude : .....	<b>47</b>
Points forts de l'étude : .....	<b>48</b>
<b>CONCLUSION :</b> .....	<b>49</b>
<b>ANNEXES :</b> .....	<b>54</b>
Tableau 1 : Caractéristiques de base des patients de l'étude : .....	<b>54</b>
Tableau 2 : Tendances alimentaires en fonction du SCOFF.....	<b>55</b>
Tableau 3 : Échelles en fonction du SCOFF : .....	<b>56</b>

## TABLE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS :

AM : Anorexie Mentale

ANEMF : Association Nationale des Étudiants en Médecine de France

BFI-10 : Big Five Inventory à 10 items

BITE : Bulimia Investigatory Test Edinburgh

BN : Boulimie Nerveuse

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5e edition

EAT-26 : Eating Attitudes Test - 26 items

ESV : Échelle de Satisfaction de Vie

HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale

HB : Hyperphagie Boulimique

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

IMC : Indice de Masse Corporelle

SCOFF : Questionnaire de dépistage des troubles des conduites alimentaires (Sick, Control, One, Fat, Food)

SWLS : Satisfaction With Life Scale (Échelle de satisfaction de vie)

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires

TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TS : Tentative de Suicide

TSA : Trouble du Spectre Autistique

VPN : Valeur Prédictive Négative

VPP : Valeur Prédictive Positive

## **INTRODUCTION :**

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) constituent un enjeu important de santé publique, touchant une proportion grandissante de la population mondiale. Selon les critères du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), l'anorexie mentale (AM), la boulimie (BN) et l'hyperphagie boulimique (HB) sont les formes les plus fréquentes et classiques de ces troubles et sont caractérisées par de graves perturbations du comportement alimentaire avec une préoccupation excessive autour du poids et l'image corporelle et avec d'importantes répercussions physiques et psychologiques (1).

L'anorexie mentale se caractérise par l'association de trois critères diagnostiques :

- Restriction alimentaire, conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique.
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros(se), ou comportements persistants allant à l'encontre de la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
- Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque persistant de reconnaître la gravité relative à la maigreur actuelle.

La boulimie nerveuse se caractérise par l'association de cinq critères diagnostiques :

- Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de glotonnerie ou binge-eating) avec une absorption, en une période de temps limitée, 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, associée à un sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.
- Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids (vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif).
- Les accès hyperphagiques et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous les deux, en moyenne, au moins une 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.

L'hyperphagie boulimique se caractérise par l'association de cinq critères diagnostiques :

- Survenue récurrente d'accès hyperphagiques avec une absorption, en une période de temps limitée, 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 associée à un sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.

- Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) sont associés à au moins trois des caractéristiques suivantes : manger beaucoup plus rapidement que la normale ; manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale ; manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim ; manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe ; se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.
- Les accès hyperphagiques entraînent une détresse marquée.
- Les accès hyperphagiques surviennent, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.
- Les accès hyperphagiques ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie, et ne surviennent pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.

D'après de récentes estimations, la prévalence de l'anorexie mentale est de 0,3 à 0,9 % en population générale, celle de la boulimie de 1 à 1,5 % (2) et celle de l'hyperphagie boulimique de 2 à 4 % et cette prévalence est particulièrement marquée dans les pays à revenu élevé (3).

En France, les données de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) indiquent qu'environ 600 000 personnes souffrent de troubles des conduites alimentaires, en majorité des femmes mais avec une proportion croissante d'hommes (4). Un dépistage précoce des TCA est indispensable afin d'éviter leur chronicisation et de limiter la sévérité des répercussions leur étant associées, car ces troubles s'accompagnent d'importants taux de morbidité (ratio de mortalité standardisé proche de 6 pour l'AM et de 2 pour la BN), de comorbidités psychiatriques (anxiété, dépression, addictions) et de mortalité en raison du risque suicidaire ou de complications somatiques en lien avec la malnutrition (5).

Le diagnostic des TCA reste encore à ce jour assez tardif, principalement car les patients ont tendance à minimiser voire cacher leurs symptômes par honte ou par peur de la stigmatisation. Il existe des outils de dépistage mais ces derniers ne sont pas toujours efficaces et simples à utiliser dans la pratique clinique ce qui peut complexifier une détection précoce des TCA (6).

Il existe néanmoins un questionnaire, le SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food) ayant été développé en 1999 par Morgan et al., dans le but de rendre plus simple le dépistage des TCA dans la population générale et les populations à risque. Il s'agit d'un questionnaire rapide, comportant cinq questions, ayant démontré au travers de multiples études une sensibilité élevée pouvant aller jusqu'à 90 % et une spécificité qui reste acceptable de 70 à 80 %. Le SCOFF est actuellement grandement utilisé en soins de santé primaires (7), toutefois son efficacité dans des populations spécifiques, telles que les étudiants en médecine, reste encore peu étudiée.

En France, la vie professionnelle des étudiants en médecine commence à partir de la 4<sup>ème</sup> année et durant trois années d'externat ils présenteront le double statut d'étudiant rattaché à la faculté de médecine mais également celui de salarié hospitalier. A ce titre, les externes en médecine sont confrontés à une charge très importante de travail avec de lourds horaires de stage hospitaliers ainsi qu'une pression constante en lien avec la réussite académique. De surcroît, les responsabilités cliniques grandissantes durant leur cursus en font une population particulièrement vulnérable (8). Ces facteurs de stress peuvent favoriser l'émergence de troubles psychologiques, notamment l'anxiété, la dépression, et les TCA (9). Selon une enquête nationale menée par l'Association Nationale des Étudiants en Médecine de France (ANEMF) en 2017, près de 62 % des étudiants en médecine présentent des signes d'anxiété, 28% des symptômes dépressifs avec 24% d'idées suicidaires (10).

En ce qui concerne les TCA, une étude sur une population d'étudiants et jeunes actifs en Haute-Vienne révèle que 13.7 % d'entre eux ont un SCOFF positif avec une tendance plus marquée chez les femmes (11).

Selon les données épidémiologiques internationales, les étudiants en médecine seraient exposés à un risque accru de développer des TCA par rapport à la population générale, avec un taux de prévalence de 10 à 25 % en fonction des études (12).

Par ailleurs, d'autres études suggèrent que le stress avec notamment la pression de performance et l'épuisement émotionnel seraient des facteurs prépondérants dans l'apparition de ces troubles chez les étudiants en médecine (13). Le début de l'âge adulte constitue également une période à risque d'apparition de TCA (14).

A notre connaissance il n'existe pas d'études spécifiques sur les dépistages des TCA chez les externes en médecine en France.

Cette thèse a pour objectif d'estimer la prévalence des TCA chez les externes en médecine en France en utilisant le questionnaire SCOFF comme outil de dépistage afin de repérer les externes à risque. Notre étude explorera également les facteurs associés aux TCA.

# **MATÉRIEL ET MÉTHODE :**

## **1. Design de l'étude :**

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle et transversale réalisée à partir d'auto-questionnaires visant à estimer la prévalence des TCA chez les externes en médecine en utilisant le questionnaire SCOFF comme outil de dépistage et d'explorer les facteurs associés aux TCA.

## **2. Population d'étude :**

La population de notre étude est celle des externes en médecine de France sur l'année universitaire 2023/2024. Elle se compose de M1, M2 et M3 ayant répondu intégralement, volontairement et anonymement à l'auto-questionnaire mis en ligne début Mars 2024 et clôturé fin Mai 2024. Passé ce délai plus aucune réponse n'a été acceptée.

## **3. L'auto-questionnaire :**

Un auto-questionnaire anonyme a été réalisé via Google Forms et diffusé sur les réseaux sociaux via Facebook sur des groupes d'externes et sur certaines pages en ligne de promotion d'externes de France.

Le questionnaire était composé de deux parties : la première comprenait des questions générales telles que la tranche d'âge, le sexe, l'année d'étude... la seconde comportait 6 échelles dont 3 sur le dépistage des TCA avec le SCOFF, le EAT26, le BITE, le dépistage de l'anxiété et la dépression avec l'HAD, l'échelle de satisfaction de vie (ESV) et des éléments de personnalité avec le Big Five Inventory à 10 items (BFI-10).

Ce questionnaire a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL. Les réponses étaient anonymes et chaque externe était libre d'y répondre ou pas.

## **4. Variables mesurées :**

### **SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food) :**

Le questionnaire SCOFF est un outil de dépistage rapide des troubles des conduites alimentaires créé par Morgan et al. en 1999 avec une version française validé en 2008 (6). Deux réponses positives ou plus à ces cinq questions sont fortement prédictives d'un TCA, les items étant les suivants :

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

### **EAT-26 (Eating Attitudes Test) :**

Le EAT-26 est un questionnaire auto-évaluatif permettant de mettre en évidence les symptômes et les préoccupations caractéristiques des troubles de l'alimentation tels que l'anorexie et la boulimie. Il est issu de la version complète à 40 items établie par Garner et Garfinkel (1979) (15), et également validée par Garner et collaborateurs (1982) dans la version courte (16). Cette dernière, validée en français par Leichner et al. (1994) (17) se compose de 26 items pour lesquels il est demandé d'indiquer la fréquence du comportement, de la pensée ou du sentiment sur une échelle de Likert (de « jamais à toujours ») en six points. Un score supérieur à 20 indique une préoccupation sérieuse vis-à-vis de l'alimentation et justifie une évaluation clinique plus approfondie.

L'EAT-26 comprend trois sous-échelles : la diète qui concerne les préoccupations liées à la minceur ; la boulimie qui concerne les vomissements provoqués, la prise de purgatifs et les compulsions alimentaires ; le contrôle oral qui regroupe les items liés à l'anorexie comme l'auto-contrôle devant la nourriture et la perception de la pression sociale encourageant une prise de poids.



### **BITE (Bulimia Investigatory Test, Edinburgh) :**

Le BITE est un questionnaire conçu pour dépister la boulimie et évaluer la gravité des symptômes associés. Il contient 33 questions réparties en deux sous-échelles : l'une qui évalue les symptômes et l'autre la gravité. Les patients doivent répondre "oui" ou "non" à des questions portant sur des comportements alimentaires caractéristiques de la boulimie. Un score élevé dans la sous-échelle des symptômes suggère la présence d'un trouble boulimique (18).

### **HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) :**

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21). Un score inférieur ou égal à 7 correspond à une absence de symptomatologie, symptomatologie douteuse si score de 8 à 10, et symptomatologie certaine si score supérieur ou égal à 11 (19).

### **ESV : (Échelle de satisfaction de vie) :**

L'ESV a été conçue pour évaluer de façon ciblée le construit de satisfaction de la vie et est la version canadienne-française validée de la SWLS (Satisfaction With Life Scale) qui est un court instrument s'intéressant à la mesure dans laquelle une personne se juge satisfaite de sa vie en général (20).

Elle comporte 5 énoncés pour lesquels les répondants indiquent leur niveau d'accord sur une échelle de type Likert en 7 points allant de 1 (Fortement en désaccord) à 7 (Fortement en accord) (21).

Les scores peuvent varier entre 5 et 35. Un score élevé indique un niveau de satisfaction élevé. Un score de 20 représente le point neutre de l'échelle, un score de 5 à 9 indique une insatisfaction extrême à l'égard de la vie, et un score supérieur à 30 indique une grande satisfaction (22).

## **BFI-10 (Big Five Inventory - 10 items) :**

Le BFI-10 est une version abrégée du Big Five Inventory (BFI), utilisé pour évaluer les cinq grands traits de la personnalité :

- Ouverture à l'expérience (appréciation de l'art, de l'émotion, de l'aventure, des idées peu communes ou des idées nouvelles, curiosité et imagination).
- Conscience (autodiscipline, respect des obligations, organisation plutôt que spontanéité ; orienté vers des buts).
- Extraversion (énergie, émotions positives, tendance à chercher la stimulation et la compagnie des autres).
- Agréabilité (une tendance à être compatissant et coopératif plutôt que soupçonneux et antagonique envers les autres).
- Névrosisme (contraire de stabilité émotionnelle : tendance à éprouver facilement des émotions désagréables comme la colère, l'inquiétude ou la dépression, vulnérabilité).

Il offre une mesure rapide et efficace des traits de personnalité, avec seulement 10 items, tout en maintenant une validité psychométrique acceptable (23).

Chaque dimension de la personnalité est représentée par deux items et les participants répondent en fonction de leur degré d'accord ou de désaccord sur une échelle de Likert de 1 à 5. Ce format est particulièrement utile dans les études où le temps de passation est limité, tout en fournissant une évaluation globale des traits de personnalité (24, 25).

## **5. Analyse statistique :**

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel français, pvalue.io (Medistica).

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne, médiane et quartiles en fonction de la distribution des données vérifiée par le test de Welch (variante du test de Student (t-test), adaptée lorsque les variances entre les groupes sont inégales).

Les variables qualitatives sont exprimées sous forme de nombres et de pourcentages avec utilisation des tests du Chi2 ou de Fisher selon le nombre de cas observés dans les différentes catégories.

Pour l'ensemble des analyses, une valeur de  $p < 0,05$  était considérée comme statistiquement significative.

## RÉSULTATS :

### 1. Dépistage des TCA à partir du SCOFF - Caractéristiques de base de la population d'étude :

Parmi les répondants, la majorité sont des M1 (44.5%), puis M2 (29.2%) et M3 (26.3%), avec essentiellement un âge compris entre 21 et 24 ans (82.7%), principalement des femmes (82.9%), puis des hommes (16.7%) et enfin un pourcentage minime se considérant autre (0.4%).

Les facultés ayant le plus répondu au questionnaire sont respectivement celles de Nice, Paris, Toulouse, Amiens, Lille, Grenoble, Guadeloupe et Montpellier.

Le questionnaire SCOFF nous a permis d'établir deux groupes d'étudiants, ceux qui sont positifs au dépistage et qui présentent potentiellement un TCA (notés S+) et ceux négatifs au dépistage (notés S-).

Sur les 479 externes ayant répondu, 241 sont S- et 238 sont S+, constituant chacun 50% de l'effectif total.

Les deux groupes présentent néanmoins des différences statistiquement significatives sur le sexe ( $p=0.013$ ), le poids actuel ( $p<0.001$ ) et l'IMC ( $p<0.001$ ), se traduisant par un pourcentage plus élevé de femmes dans le groupe S+ (87% vs 78%), plus d'étudiants en surpoids (16% vs 6.6%) et un poids actuel plus élevé que celui habituel (39% vs 21%), à l'inverse le groupe S- comporte plus d'étudiants ayant un IMC dans les normes (79% vs 71%) et ayant un poids actuel stable (68% vs 45%).

Les deux groupes ne présentent pas de différences statistiquement significatives sur l'âge, la vie sentimentale, le mode de vie, la parentalité, l'année d'externat, le redoublement durant le cursus et la présence d'une maladie chronique pouvant impacter le poids par les traitements ou par la maladie elle-même.

*Un tableau récapitulatif descriptif de la population d'étude est disponible en annexe (Tableau 1)*

## 2. Caractéristiques de la population d'études dans les divers domaines de santé (hors domaine alimentaire) :

### Sur le plan du sommeil :

On retrouve des difficultés d'endormissement chez 51% des externes, 49% ont un haut niveau de fatigue diurne, 48% ont la sensation de ne pas avoir assez dormi au réveil, 42% se plaignent de somnolence excessive ou d'accès d'endormissement en journée, 39% ont des réveils nocturnes et 30% ont des réveils précoces.

Les S+ sont davantage sujets à des difficultés d'endormissement (55% vs 46%,  $p=0.0493$ ), ont un plus haut niveau de fatigue diurne (57% vs 42%,  $p<0.01$ ), de réveils précoces (36% vs 24%,  $p<0.01$ ), ont davantage la sensation de ne pas avoir dormi au réveil (57% vs 39%,  $p<0.001$ ), et une somnolence excessive ou des accès d'endormissement en journée (50% vs 34%,  $p<0.001$ ).

Il n'y a pas de différence significative concernant les réveils nocturnes.

### Sur le plan de la sexualité :

On retrouve une satisfaction concernant la vie sexuelle chez 49% des externes, 17% en sont moyennement satisfaits et 34% en sont plutôt insatisfaits.

Concernant les principales insatisfactions rapportées ou les troubles les plus fréquemment rapportés, nous retrouvons l'absence de partenaire (32.8%), une importante baisse du désir sexuel (24.0%), une gêne concernant son image corporelle (23.8%), le manque de temps (21.3%), la virginité (10.0%), la dyspareunie (9.0%), l'absence de plaisir lors des rapports (8.4%), l'état somatique (5.2%).

Il n'y a pas de différence significative entre les S+ et les S- concernant la satisfaction de la vie sexuelle.

### Sur le plan de la sédentarité et de la pratique sportive :

33% des externes ont un comportement sédentaire, 76% pratiquent une activité sportive, dont 47% sur une durée entre 1h à 3h par semaine, 16% entre 3h à 5h par semaine et 13% plus de 5h par semaine.

Il n'y a pas de différence significative entre les S+ et les S- concernant le comportement sédentaire, la pratique sportive, ou la durée de l'activité sportive.

### Sur le plan des toxiques ou des prises médicamenteuses :

La consommation d'alcool est nulle chez 12% des externes, très occasionnelle pour 83% et quotidienne ou presque pour 5%.

La consommation de tabac est nulle chez 66%, très occasionnelle pour 25% et quotidienne ou presque pour 8.1%.

La consommation de cigarette électronique est nulle chez 78%, très occasionnelle pour 14% et quotidienne ou presque pour 7.5%.

La consommation de cannabis est nulle chez 76%, très occasionnelle pour 23% et quotidienne ou presque pour 1.3%.

La consommation de cocaïne est nulle chez 98% et très occasionnelle pour 1.7%.

La consommation d'amphétamine hors prescription est nulle chez 94% et très occasionnelle pour 6.3%.

La consommation de poppers est nulle chez 64% et très occasionnelle pour 36%.

La consommation de protoxyde d'azote est nulle chez 70% et très occasionnelle pour 30%.

Aucune consommation d'héroïne n'a été rapportée.

La consommation de benzodiazépines est nulle chez 85%, très occasionnelle pour 17% et quotidienne ou presque pour 2.3%.

La consommation d'antidouleurs de type tramadol ou codéine est nulle chez 89%, très occasionnelle pour 11% et quotidienne ou presque pour 0.21%.

La consommation de médicaments morphiniques est nulle chez 99% et très occasionnelle pour 1.5%.

Le groupe S+ a tendance à avoir de manière très occasionnelle une consommation plus élevée de tabac (30% vs 21%, **p=0.041**), de poppers (41% vs 32%, **p=0.036**) ainsi que de

benzodiazépines (17% vs 9.1%, **p<0.01**) et d'antidouleurs de type tramadol ou codéine (14% vs 7.9%, **p=0.029**).

Il n'y a pas de différences significatives concernant les consommations d'alcool, cigarette électronique, cannabis, cocaïne, héroïne, amphétamine, protoxyde d'azote et morphiniques.

### Sur le plan des addictions comportementales :

Une addiction comportementale est rapportée pour 48% des externes, avec à 24% une addiction aux réseaux sociaux, 15% au sport, 12% aux séries et au travail, 6.7% au shopping et 3.3% au sexe.

On observe des différences significatives sur le plan des addictions comportementales qui sont plus marquées dans le groupe S+ (57% vs 39%, **p<0.001**), notamment pour l'addiction au shopping (11% vs 2.5%, **p<0.001**), au sport (21% vs 8.7%, **p<0.001**), au travail (16% vs 7.9%, **p<0.01**) et aux séries (8.7% vs 16%, **p=0.022**).

Il n'y a pas de différence significative concernant l'addiction aux réseaux sociaux et au sexe.

### Sur le plan des événements de vie :

Un événement de vie jugé traumatique ou douloureux est rapporté à 86%, avec 45% pour le décès d'un proche, 39% une rupture sentimentale, 32% de violence psychologique, 23% de séparation parentale, 19% d'abus sexuel et 14% d'agression physique.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes si nous prenons en compte de manière confondue tous les événements de vie considérés comme douloureux.

Cependant en comparant à l'échelle individuelle il ressort des différences significatives entre les 2 groupes avec dans le groupe S+ plus d'abus sexuel (24% vs 14%, **p<0.01**), de violence psychologique (38% vs 26%, **p<0.01**), d'agression physique (18% vs 10%, **p =0.016**) et le décès d'un proche (50% vs 41%, **p=0.04**).

Il n'y a pas de différence sur la séparation parentale ni la rupture sentimentale.

### Sur le plan de la santé mentale :

Concernant les idées suicidaires, elles sont absentes chez 75% des externes, 15% présentent des idées noires sans idées suicidaires, 9.2% d'idées suicidaires avec facteurs de protection empêchant un passage à l'acte et 1% d'idées suicidaires avec peu ou pas de facteurs protecteurs.

4.4% d'entre eux ont déjà fait une tentative de suicide (TS) et 2.7% en ont fait plusieurs.

Par ailleurs, 43% d'entre eux ont déjà consulté un professionnel de la santé mentale pour une autre difficulté que l'alimentation.

Le niveau de stress lors des stages hospitaliers est élevé chez 56%, neutre pour 14% et bas pour 30%.

Le niveau de stress lors du travail théorique est élevé chez 75%, neutre pour 8.6% et bas pour 16%.

Le groupe S+ a plus souvent eu recours à la consultation d'un professionnel de la santé mentale pour un autre motif que les difficultés alimentaires (53% vs 32%,  $p < 0.001$ ), présente plus d'idées noires avec ou sans idées suicidaires associées (aucune idée noire ni suicidaire : 65% vs 84%,  $p < 0.001$ ) et a réalisé plus de tentatives de suicide (absence de tentative de suicide : 87% vs 98%,  $p < 0.001$ ).

Le groupe S+ rapporte également un plus haut niveau de stress lors des stages en milieu hospitalier (64% vs 49%,  $p < 0.001$ ) et lors du travail théorique avec les révisions et les partiels (81% vs 70%,  $p = 0.01$ ).

### Sur le plan des autres comorbidités psychiatriques rapportées par les externes :

Les externes déclarent avoir ou avoir présenté pour 49% d'entre eux une comorbidité psychiatrique, dont 42% un trouble anxieux, 18% un trouble de l'humeur, 5.6% un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), 2.9% de trouble de la personnalité, 1.5% de troubles du spectre autistique (TSA) et 0% de trouble psychotique.

Le groupe S+ déclare davantage présenter ou avoir présenté une comorbidité psychiatrique quelconque (60% vs 37%,  $p < 0.001$ ) avec des différences significatives pour le trouble anxieux (53% vs 31%,  $p < 0.001$ ), le trouble de l'humeur (26% vs 11%,  $p < 0.001$ ) et pour le TDAH (8% vs 3.3%,  $p = 0.027$ ).

Il n'y a pas de différences significatives pour le trouble de personnalité, ni pour le TSA.

### 3. Caractéristiques de la population d'études sur le domaine alimentaire :

#### Sur le plan de l'alimentation actuelle :

En général les externes réalisent 3 repas par jour pour 66%, 2 repas pour 26%, 1 repas pour 2.5%, 3 repas avec collation pour 5.8% et 2 repas avec collation pour 0.42%.

58% sont satisfaits de leur alimentation, 12% sont neutres et 30% ne sont pas satisfaits.

Sur le plan de l'alimentation nous n'observons pas de différences sur le nombre de repas réalisés par jour ( $p=0.089$ ), mais nous observons une plus fréquente insatisfaction de l'alimentation dans le groupe S+ (46% vs 15%,  $p<0.001$ ).

Les étudiants estiment que leur alimentation pourrait être améliorée s'ils avaient plus de temps pour se préparer à manger (56.6%), si leur alimentation était plus équilibrée (47.4%), s'ils arrêtaient les grignotages (40.1%), s'ils avaient plus de temps pour manger (18.4%), s'ils avaient de meilleures connaissances sur le plan diététiques (13.8%), s'ils avaient plus de budget (2.8%)

78% des externes pensent présenter une perturbation de l'alimentation avec par ordre de fréquence décroissante les grignotages (45%) l'hyperphagie et la restriction alimentaire (26% respectivement), une tachyphagie (25%), une addiction aux produits gras et sucrés (23%), une boulimie (12%), une diminution de l'appétit avec quasi dégoût alimentaire (6.1%), une hyperphagie nocturne (3.5%), un mérycisme (2.1%) et un PICA (1.3%).

Le fait de penser présenter une perturbation alimentaire est plus fréquent dans le groupe S+ (95% vs 62%,  $p<0.001$ ), avec une déclaration augmentée dans le groupe S+ d'hyperphagie (42% vs 9.1%,  $p<0.001$ ), de boulimie (24% vs 0.83%,  $p<0.001$ ), de restriction (42% vs 10%,  $p<0.001$ ), d'addiction aux produits sucrés/gras (35% vs 11%,  $p<0.001$ ), de tachyphagie (32% vs 19%,  $p<0.01$ ), d'hyperphagie nocturne (5.5% vs 1.7%,  $p=0.025$ ), d'une diminution de l'appétit avec quasi dégoût alimentaire (8.4% vs 3.7%,  $p=0.032$ ), et de grignotages (50% vs 41%,  $p=0.0499$ ).

Les externes relient ces difficultés du comportement alimentaire à de l'anxiété (56.8%), une baisse de moral (45.9%), des échéances scolaires et/ou professionnelles (29.4%), de l'ennui



(28.6%), de la frustration (26.1%), la volonté de retrouver le contrôle (23%), le sentiment de solitude (19.2%), des altérations dans les relations interpersonnelles (18.6%) et le sentiment d'abandon (9.6%).

*Un tableau récapitulatif descriptif des perturbations alimentaires la population d'étude est disponible en annexe (Tableau 2).*

### Sur le plan des difficultés alimentaires passées :

35% des externes ne se sentent pas concernés par d'éventuelles difficultés alimentaires passées, 40% pensent en avoir présenté sans qu'un diagnostic n'ait été posé, 14% ont eu un diagnostic de TCA, et 11% ne savent pas réellement s'ils ont pu en présenter.

Si des difficultés alimentaires ont été constatées, la majorité a débuté lors de la période collège/lycée pour 36%, 17% lors du début des études de médecine et 6.5% en maternelle-primaire et lors de l'externat.

27% des externes ont été pris en charge par un professionnel de santé concernant un TCA et 36% n'ont eu aucune prise en charge malgré un TCA actuel ou un antécédent. Parmi les professionnels de santé les plus fréquemment consultés on retrouve les psychologues (14.8%), le médecin généraliste (12.5%), une diététicienne (9.6%), le psychiatre (8.8%), une sophrologue (1.3%), hypnothérapeute (1%), nutritionniste (1%)

48% n'ont pas bénéficié de traitement médicamenteux en lien avec leur TCA et 9.8% ont pu bénéficier d'un traitement médicamenteux avec des anxiolytiques (7.5%), des antidépresseurs (6.5%), neuroleptiques (1%), hypnotiques et thymorégulateurs (0.6%). 3.5% ont déjà été hospitalisés par rapport aux TCA.

Dans le groupe S+ il y a davantage de difficultés alimentaires dans le passé décrites (54% vs 26%, **p<0.001**) avec plus de TCA diagnostiqués (24% vs 4.1%, **p<0.001**), ils ont également plus souvent été pris en charge par un professionnel de santé (40% vs 15%, **p<0.001**), eu un traitement en lien avec leur TCA (16% vs 3.3%, **p<0.001**) et été hospitalisés pour leur TCA (6.3% vs 0.83%, **p<0.001**).

## Sur le plan des répercussions des difficultés alimentaires :

Une répercussion des TCA dans au moins un domaine de vie est présente chez 45% des externes, absente chez 10% et 45% ne se sentent pas concernés.

Les domaines pour lesquels les répercussions sont les plus importantes sont respectivement la santé mentale (39%), le sommeil (19%), le sentimental (18.8%), le familial (17.1%), l'amical (16.7%), le sexuel (15.9%) et professionnel (12.7%).

Une répercussion des TCA dans au moins un domaine de santé est présente chez 48% des externes, absente chez 6.5% et 46% ne se sentent pas concernés.

Parmi les répercussions les plus fréquentes des TCA rapportées, on retrouve une dévalorisation de l'image de soi (39.9%), des troubles digestifs (22.5%), des troubles de la concentration (19.6%), un repli sur soi (16.1%), des anomalies biologiques ou carences (11.9%), des distorsions cognitives (10.6%), un trouble de la libido (10.4%), une perturbation du cycle menstruel (9.4%), une baisse de la température corporelle (5%), des érosions dentaires (4%) et une ostéoporose ou ostéopénie (1.5%).

La perception de l'image corporelle est positive chez 47%, neutre chez 11% et négative chez 42%.

On retrouve une stratégie de contrôle du poids chez 33%.

Parmi les stratégies de contrôle du poids on retrouve 23.5% d'activité physique excessive, 9.8% de vomissements provoqués, 5.6% de restriction alimentaire et/ou jeûne et/ou saut de repas, 4.6% d'exposition au froid, 4% de prise de laxatifs, 2.3% de prise de médicaments coupe faim, 0.8% de prise de diurétiques, 0.6% d'absorption d'eau en grande quantité.

Le groupe S+ déclare plus de répercussions des TCA dans au moins un domaine de vie (76% vs 15%, **p<0.001**), plus de répercussions actuelles dans au moins un domaine touchant à la santé (77% vs 19%, **p<0.001**), une perception de l'image corporelle bien plus négative (67% vs 17%, **p<0.001**), avec plus de stratégies de contrôle du poids (57% vs 9.5%, **p<0.001**).

## 4. Caractéristiques de la population en fonction des échelles :

### SCOFF :

Le SCOFF est positif chez 238 externes (50%) et négatif chez 241 (50%).

### EAT 26 :

Le EAT26 est positif chez 26% des externes et négatif pour 74%.

Dans la sous-partie « restriction alimentaire » 17% sont positifs, 12% dans celle de la « boulimie et préoccupation alimentaire » et 3.3% dans la sous partie « contrôle oral ».

Le groupe S+ comporte plus de positivité au EAT (49% vs 2.5%, **p<0.001**), avec plus de positivité sur les 3 sous échelles « restriction alimentaire » (34% vs 0.41%, **p<0.001**), « boulimie et préoccupation alimentaire » (24% vs 0%, **p<0.001**) et « contrôle oral » (5.9% vs 0.83%, **p<0.01**).

### BITE :

Sur l'échelle des symptômes, on retrouve un comportement dans la norme chez 58% des externes, une frénésie alimentaire à investiguer chez 24% et une probabilité de boulimie élevée chez 18%.

Sur l'échelle de sévérité, on retrouve une non-significativité clinique pour 71%, une significativité clinique pour 20% et de haut degré de sévérité pour 8.4%.

Le groupe S+ présente moins de comportements alimentaires dans la norme (25% vs 90%, **p<0.001**) et moins de sévérité non significative (50% vs 92%, **p<0.001**).

### HAD :

Concernant la partie anxiété, 49% des externes ont une symptomatologie certaine, 22% une symptomatologie douteuse et 29% ont une absence de symptomatologie.

Concernant la partie dimension dépressive, 13% des externes ont une symptomatologie certaine, 14% une symptomatologie douteuse et 74% ont une absence de symptomatologie.

Le groupe S+ présente une plus fréquente symptomatologie anxieuse (61% vs 37%,  $p<0.001$ ) et dépressive (18% vs 6.6%,  $p<0.001$ ).

### ESV :

Concernant l'échelle de satisfaction de vie, on retrouve 20% de grande satisfaction, 29% de satisfaction modérée, 18% de légère satisfaction, 3.1% de neutralité, 16% de légère insatisfaction, 10% d'insatisfaction modérée et 2.5% d'extrême insatisfaction. Pour simplifier notre analyse, les 3 premières catégories ont été regroupées sous le nom de « satisfaction » (68%) et les 3 dernières sous le nom d'« insatisfaction » (29%).

Le groupe S+ présente une moindre satisfaction de vie (59% vs 77%,  $p<0.001$ ).

### BFI-10 :

Concernant le modèle descriptif de la personnalité, il ressort pour l'agréabilité une médiane à 6 [5 ; 8], pour la conscience une médiane à 7 [6 ; 9], pour l'émotion une médiane à 8 [5 ; 9], pour l'extraversion une médiane à 5 [4 ; 8] et pour l'ouverture une médiane à 7 [5 ; 9].

Le groupe S+ présente une différence significative concernant la répartition des traits « agréabilité » et « émotion » avec une médiane plus basse pour l'agréabilité (6 vs 7,  $p=0.01$ ) et plus élevée pour l'émotion (8 vs 7,  $p<0.001$ ), sans différence significative concernant la conscience, l'extraversion et l'ouverture.

*Un tableau récapitulatif descriptif des échelles de la population d'étude est disponible en annexe (Tableau 3).*

## 5. Résultats du EAT et du BITE en fonction du SCOFF :

### Répartition des résultats du SCOFF en fonction du EAT-26 et du BITE :

	<b>SCOFF - (241)</b> Nombre de répondants	<b>SCOFF + (238)</b> Nombre de répondants
BITE - et EAT -	233	102
BITE - et EAT +	5	51
BITE + et EAT -	2	19
BITE + et EAT +	1	66

### Performances du SCOFF en prenant le BITE et l'EAT-26 comme référence :

La sensibilité est de 94,44 % (le SCOFF détecte bien les cas de TCA identifiés par l'EAT-26 ou le BITE).

La spécificité est de 69,55 % (capacité du SCOFF à exclure les cas négatifs).

La valeur prédictive positive (VPP) est de 57,14 % (probabilité qu'une personne avec un SCOFF + ait effectivement un TCA dépisté selon les tests EAT-26 ou BITE).

La valeur prédictive négative (VPN) est de 96,68 % (probabilité qu'une personne avec un SCOFF - n'ait pas de TCA dépisté selon les tests EAT-26 ou BITE).

## 6. Caractéristiques de la population en fonction des autres variables :

Nous avons également exploré d'autres variables afin de comparer leur impact au sein de la population étudiée. Cette démarche visait à approfondir notre compréhension des facteurs associés aux troubles des conduites alimentaires.

### Sexe : (Femmes vs Hommes) :

Les externes se considérant non binaires n'ont pas été pris en compte pour l'analyse en fonction du sexe.

Les femmes présentent plus souvent des tendances à la restriction alimentaire ( $p=0,014$ ), bien que les perturbations alimentaires perçues et la satisfaction alimentaire ne diffèrent pas par rapport aux hommes. Leurs difficultés alimentaires commencent plus jeunes ( $p<0,01$ ) et les répercussions de ces difficultés sont plus importantes ( $p=0,012$ ), mais sans différence sur les stratégies de contrôle du poids.

Le SCOFF est plus souvent positif chez les femmes ( $p<0,01$ ), et elles montrent une plus grande probabilité de boulimie au BITE ( $p<0,01$ ), bien que la sévérité ne soit pas différente. Au EAT, elles sont également plus souvent positives ( $p<0,01$ ), sans différence notable sur les sous-échelles.

Concernant les addictions, les femmes présentent plus d'addictions au tramadol ( $p=0,035$ ) et au shopping ( $p=0,032$ ), tandis que les addictions à des substances comme les amphétamines, cannabis, et poppers sont moins fréquentes.

Les femmes ont plus souvent des antécédents de TCA ( $p<0,001$ ), avec des consultations plus fréquentes chez des professionnels de santé ( $p=0,014$ ), plus d'hospitalisations pour TCA ( $p<0,01$ ) et une prise de psychotropes plus fréquente ( $p<0,01$ ). Il n'y a pas de différence sur les idées ou tentatives suicidaires.

Sur le plan psychologique, les femmes présentent plus d'anxiété ( $p<0,001$ ) et de troubles anxieux ( $p=0,022$ ), avec un stress accru en stage ( $p<0,01$ ), mais pas lors du travail théorique. Elles rapportent également plus d'antécédents d'abus sexuels ( $p<0,01$ ). Enfin, elles sont plus émotionnelles et consciencieuses ( $p<0,001$ ).

## Comorbidités psychiatriques : (Psy+ vs Psy-) :

Les externes déclarant des comorbidités psychiatriques (Psy+) présentent plus souvent des troubles alimentaires, avec une plus grande prévalence de l'hyperphagie, boulimie et restriction alimentaire ( $p < 0,01$ ).

Ils rapportent un appétit réduit ( $p < 0,024$ ), un nombre de repas inférieur par jour ( $p < 0,01$ ) et une insatisfaction vis-à-vis de leur alimentation ( $p < 0,01$ ). Les difficultés alimentaires commencent plus jeunes ( $p < 0,001$ ) et s'accompagnent d'une perception négative de l'image corporelle ( $p = 0,018$ ).

Bien que l'IMC ne soit pas significativement différent, les écarts par rapport au poids de forme sont plus marqués ( $p < 0,022$ ). Ils utilisent davantage de stratégies de contrôle du poids ( $p < 0,014$ ).

Le SCOFF est plus souvent positif ( $p < 0,001$ ). Les scores au BITE indiquent une probabilité et sévérité accrues de boulimie ( $p < 0,01$ ), tandis que le EAT révèle des tendances positives sur la restriction et la préoccupation alimentaire ( $p < 0,001$ ).

Ils présentent des addictions plus marquées aux substances (benzodiazépines, cannabis, tabac) et comportements (réseaux sociaux, shopping, sport) ( $p < 0,05$ ).

Les Psy+ ont également plus d'antécédents de maladies chroniques affectant le poids ( $p < 0,01$ ), plus d'hospitalisations pour TCA et de prise de psychotropes ( $p < 0,001$ ), ainsi que plus d'idées et tentatives suicidaires ( $p < 0,001$ ).

Ils souffrent également de troubles du sommeil et d'une fatigue diurne accrue ( $p < 0,001$ ), avec des scores plus élevés en dépression et anxiété ( $p < 0,001$ ), et une satisfaction de vie plus faible ( $p < 0,001$ ). Ils sont plus émotionnels et introvertis ( $p < 0,001$ ) et moins agréables ( $p = 0,022$ ).

## HAD anxieux :

Les externes ayant une anxiété (HAD anxieux+) sont majoritairement des femmes ( $p < 0,001$ ) et rapportent plus fréquemment des perturbations alimentaires, notamment l'hyperphagie ( $p = 0,02$ ), la boulimie ( $p = 0,017$ ), la restriction ( $p < 0,001$ ), et une insatisfaction alimentaire globale ( $p < 0,001$ ). Leurs difficultés alimentaires commencent plus tôt ( $p < 0,001$ ) et ils perçoivent leur image corporelle de manière plus négative ( $p < 0,001$ ).

Leur IMC est souvent plus élevé ou plus bas que le poids de forme ( $p = 0,016$ ), avec des stratégies de contrôle du poids plus fréquentes ( $p < 0,001$ ).

Le SCOFF est plus souvent positif ( $p < 0,001$ ), et la sévérité des symptômes au BITE est plus importante ( $p < 0,001$ ). Ils sont plus souvent positifs au EAT, en particulier pour la restriction, la boulimie, et la préoccupation alimentaire ( $p < 0,001$ ).

Les addictions aux substances (tramadol, benzodiazépines,  $p < 0,01$ ) et comportementales (shopping, sport, travail,  $p < 0,01$ ) sont plus marquées.

Ils présentent aussi des antécédents de TCA, avec hospitalisations et prises de psychotropes plus fréquentes ( $p < 0,001$ ), ainsi que des idées suicidaires ( $p < 0,001$ ).

Ils souffrent de troubles du sommeil (fatigue diurne, réveils nocturnes, difficulté d'endormissement,  $p < 0,001$ ) et leur satisfaction de vie est plus faible ( $p < 0,001$ ).

Ils déclarent plus souvent des troubles de l'humeur et des troubles anxieux ( $p < 0,001$ ), avec un stress accru en stage ( $p < 0,001$ ).

Ils ont également plus d'antécédents d'agression physique et de violence psychologique ( $p < 0,01$ ), avec une moindre satisfaction sexuelle ( $p < 0,01$ ). Enfin, ils sont plus émotionnels ( $p < 0,001$ ), moins agréables ( $p < 0,001$ ) et moins extravertis ( $p < 0,01$ ).

### HAD dépression :

Les HAD dépression+ présentent davantage de perturbations alimentaires, notamment l'hyperphagie ( $p < 0,01$ ), la boulimie ( $p < 0,001$ ), et le PICA ( $p < 0,01$ ), avec une insatisfaction alimentaire ( $p < 0,001$ ) et un appétit diminué ( $p = 0,028$ ). Leur image corporelle est plus négative ( $p < 0,001$ ) et leur poids souvent éloigné du poids de forme ( $p < 0,01$ ). Ils mettent plus fréquemment en place des stratégies de contrôle du poids ( $p < 0,001$ ).

Le SCOFF est plus souvent positif ( $p < 0,001$ ). Au BITE, la probabilité et la sévérité de la boulimie sont plus élevées ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,01$ ). Les scores EAT révèlent des tendances plus marquées à la boulimie, à la restriction alimentaire et à la préoccupation alimentaire ( $p < 0,001$ ), ainsi qu'au contrôle oral ( $p = 0,013$ ).

Les addictions aux substances (benzodiazépines,  $p < 0,001$ ) et comportementales (sport,  $p = 0,015$ ) sont également plus intenses, malgré une pratique sportive moins fréquente ( $p < 0,01$ ). Les antécédents de TCA, hospitalisations pour TCA, et prises de psychotropes sont plus courants ( $p < 0,001$ ), tout comme les idées suicidaires ( $p < 0,001$ ). Ils souffrent aussi de troubles du sommeil (fatigue diurne, réveils précoces,  $p < 0,001$ ).

Sur le plan psychologique, ils montrent une anxiété plus élevée ( $p < 0,001$ ) et une satisfaction de vie plus faible ( $p < 0,001$ ), avec un stress accru en stage ( $p < 0,001$ ). Ils rapportent également plus d'antécédents d'agressions physiques et de violence



psychologique ( $p < 0,001$ ). Les HAD dépression+ sont plus émotionnels ( $p < 0,001$ ), moins agréables, extravertis et consciencieux ( $p = 0,022$ ).

### Victimes d'abus sexuel : (VAB + vs VAB -) :

Les victimes d'abus sexuels (VAB+) sont majoritairement des femmes ( $p < 0,01$ ) et présentent des troubles alimentaires plus fréquents et plus sévères que les non-victimes (VAB-). Elles rapportent davantage de perturbations alimentaires ( $p = 0,041$ ) et une tendance plus marquée à la boulimie ( $p = 0,012$ ), avec une réduction du nombre de repas ( $p < 0,01$ ) et une augmentation des stratégies de contrôle du poids ( $p < 0,01$ ). Bien que l'IMC ne soit pas significativement différent, la satisfaction alimentaire est plus faible ( $p = 0,024$ ).

Elles sont plus souvent diagnostiquées avec un TCA ( $p < 0,01$ ) et consultent plus fréquemment un professionnel de santé pour cette raison ( $p < 0,001$ ).

Le SCOFF est plus souvent positif ( $p < 0,01$ ), indiquant un risque élevé de TCA, et les scores au BITE et EAT révèlent une probabilité accrue et une sévérité plus élevée de boulimie ( $p < 0,01$ ).

En termes de santé mentale, elles présentent davantage d'addictions (alcool, antidouleurs, cannabis,  $p < 0,01$ ), des idées suicidaires ( $p < 0,001$ ), des troubles de l'humeur et des troubles de personnalité ( $p < 0,001$ ), avec une satisfaction de vie plus faible ( $p < 0,001$ ).

## **DISCUSSION :**

### **Interprétation des résultats principaux :**

Notre étude a permis de mettre en évidence une importante prévalence des TCA, qui d'après le dépistage avec le questionnaire SCOFF est de 50% et des facteurs associés de manière significative au groupe positif au dépistage (S+) tels que :

- Le sexe féminin,
- Une différence entre le poids actuel et le poids habituel,
- Un IMC en dehors de l'intervalle de normalité (< 18.5 ou > 25),
- Des troubles du sommeil,
- Une consommation plus importante de certaines substances (tabac, poppers, benzodiazépines, antidouleurs type tramadol, codéine),
- Des addictions comportementales plus marquées (shopping, sport, travail, séries),
- Des événements de vie douloureux (abus sexuels, violence psychologique, agression physique, décès d'un proche),
- Plus de recours à la consultation d'un professionnel de santé mentale pour un autre motif que les TCA,
- Des idées suicidaires et tentatives de suicide,
- Un plus haut niveau de stress (travail théorique et pratique hospitalière),
- Plus de comorbidités psychiatriques décrites (trouble anxieux, trouble de l'humeur, TDAH),
- Plus d'insatisfaction vis-à-vis de l'alimentation,
- Une perception d'avoir une perturbation de l'alimentation,
- Avoir présenté dans le passé des difficultés alimentaires avec plus de diagnostics de TCA,
- Plus de prise en charge par un professionnel de santé et de traitements ou d'hospitalisations pour leur TCA,
- Plus de répercussions actuelles sur au moins un domaine de vie ou touchant à la santé,
- Une plus mauvaise perception de l'image corporelle,
- Plus de stratégies de contrôle du poids.

Concernant l'utilisation des échelles, les facteurs associés significativement aux S+ sont :

- Un EAT26 + (seulement 2.5% de positivité chez les S-, avec une positivité de 0.41% pour la restriction alimentaire, 0% pour la boulimie et préoccupation alimentaire, 0.83% pour le contrôle oral),
- Un BITE avec des symptômes de frénésie alimentaire à investiguer ou une probabilité de boulimie élevée (chez les S-, 8.3% de frénésie alimentaire à investiguer et 1.2% de probabilité de boulimie élevée),
- Une échelle de sévérité plus importante (chez les S-, significative pour 5.4% et hautement significative pour 2.9%),
- Une symptomatologie anxieuse et dépressive à la HAD,
- Une moindre satisfaction de vie à l'ESV,
- Des traits de personnalité émotionnelle plus marqués et moindres pour l'agréabilité.

Il existe plusieurs études qui ont évalué la prévalence des TCA, mais la méthodologie pour retenir un TCA varie d'une étude à l'autre (clinique / SCOFF / BITE / EAT) ainsi que les populations d'étude (population générale ou spécifique/pays/étudiant) et leurs caractéristiques (sex ratio, âge...) rendant leurs résultats difficilement comparables.

Dans notre étude, le **SCOFF** est positif à **50%**. Si nous prenons comme référence de dépistage le **EAT26** et le **BITE**, nous aurions retrouvé une positivité d'environ **20%** pour la symptomatologie **restrictive** et **12-18%** de **boulimie** ce qui est **moindre** que les 50% du SCOFF. La différence pourrait s'expliquer par la présence de troubles sub-syndromiques, de troubles des fonctions instinctuelles, et de faux positifs au SCOFF.

Chez les SCOFF négatifs de notre étude, la grande majorité des répondants (233 sur 241) sont négatifs aux deux tests (BITE et EAT-26), ce qui suggère que le SCOFF est efficace pour éliminer les non-cas. Cependant, il existe quelques cas discordants avec 8 répondants qui ont un SCOFF négatif mais un résultat positif à l'un des deux autres tests. Cela pourrait indiquer la présence de faux négatifs (individus ayant des symptômes de TCA que le SCOFF n'a pas détectés).

Chez les SCOFF positifs, une proportion importante (102 sur 238) est négative aux deux tests BITE et EAT-26, ce qui peut représenter des externes avec des troubles sub-syndromiques, des troubles des fonctions instinctuelles, d'autres sous-types de TCA ou bien des faux positifs. La présence de 136 cas positifs à l'un ou aux deux tests parmi les SCOFF positifs confirme la pertinence de ce questionnaire comme premier outil de dépistage.

Ces résultats suggèrent que le **SCOFF** s'avère être un **outil performant** grâce à sa **sensibilité élevée** (94,44%), permettant de détecter la majorité des cas de TCA (positifs au

BITE ou au EAT-26), tout en réduisant le risque de faux négatifs grâce à une **VPN élevée** (96,68%). Cependant, sa **spécificité modérée** (69,55%) entraîne un certain nombre de faux positifs. Ces résultats démontrent les limites des outils de dépistage d'où l'importance d'une évaluation clinique pour affiner et poser un diagnostic.

Dans notre étude, la **prévalence des TCA** dépistés chez les externes en médecine est estimée à **50 %** en utilisant le **SCOFF**, ce qui est **plus élevé** que les taux retrouvés dans la population étudiante, où les TCA touchent environ 10 % à 25 % des étudiants selon les études (1,26).

Une étude en Haute Vienne en 2014 avait retrouvé un taux de prévalence du risque de TCA chez les étudiants à 20.5% (dépistée avec le SCOFF) avec une relation positive significative après régression logistique entre sexe féminin, stress, dépression, conduites à risque lié à l'alcool et le risque de cyberaddiction (27).

Dans une thèse réalisée en 2021 sur la santé mentale des externes en France on retrouve un SCOFF + chez 25% des externes en médecine de France (vs 50% dans notre étude), positif chez 28% des femmes (vs 52% dans notre étude) et chez 19% des hommes (vs 36% dans notre étude) (28). Le sex-ratio légèrement différent avec une plus forte proportion de femmes dans notre étude pourrait contribuer à cette prévalence plus importante. De plus, le titre de notre étude et la manière dont la population a été sélectionnée (auto-questionnaire sur base du volontariat) pourrait avoir attiré plus de personnes sensibles aux TCA ou susceptibles d'en présenter.

Le fait que la majorité des externes à risque sont des **femmes** (87 %) est en accord avec les données épidémiologiques montrant que les femmes sont plus vulnérables aux TCA (5). Cela pourrait être expliqué par le fait d'une plus forte **influence socio-culturelle** avec notamment le rôle des médias et les dictats de la mode sur la population féminine avec une idéalisation de la minceur et du culte du corps ce qui peut aboutir à une insatisfaction corporelle et conduire aux TCA (29, 30).

Les externes positifs au dépistage des TCA sont plus sujets aux symptômes anxieux et dépressifs comme l'ont montré les scores HAD plus élevés dans le groupe S+.

Les **comorbidités psychiatriques** décrites par les externes, notamment les troubles anxieux et de l'humeur, sont fortement associées aux TCA, en accord avec la littérature (9). Les TCA sont fréquemment associés à des comorbidités psychiatriques qui peuvent être antérieurs, concomitants ou postérieurs aux TCA.

Par exemple, les troubles obsessionnels précèdent souvent l'AM, tandis que la chronologie des troubles anxieux et dépressifs est moins claire. Une étude en population générale a révélé que la majorité des personnes souffrant d'AM (87,3 %), de BN (94,4 %) et d'HB (93,8 %) présentaient une comorbidité psychiatrique (31).

Les principales comorbidités psychiatriques incluent les **troubles de l'humeur** (on peut estimer la prévalence vie entière de la dépression à plus de la moitié des patients souffrant d'un TCA), les **troubles anxieux** (passé ou actuel dans près de la moitié des AM, trois quarts des BN, et deux tiers des HB) et les **troubles de la personnalité** (les taux de prévalence sont très variables, entre 20 et 80 %, les traits de personnalité pathologiques sont souvent préexistants au trouble alimentaire avec les TCA de type restrictif s'associant plus à des troubles de personnalité du cluster C (obsessionnelle et compulsive, évitante, dépendante) tandis que les TCA de type crises de BN et conduites de purges sont associés à des troubles de personnalité du cluster B notamment borderline).

Concernant les **troubles développementaux** certaines études retrouvent un certain nombre de traits dits du spectre autistique plus fréquemment associés aux TCA (aptitudes sociales, les relations aux pairs) et le **TDH** est de l'ordre de deux à trois fois plus fréquent parmi les patients souffrant d'un TCA qu'en population générale surtout chez les patients avec conduites boulimiques surement liées à l'impulsivité plus importante et au circuit de la récompense suractivé (32, 33, 34).

Par ailleurs, nos résultats montrent que les externes ayant des antécédents de **traumatismes** (abus sexuels, violences psychologiques) sont plus vulnérables aux TCA ce qui est bien documenté dans la littérature (35).

Les traumatismes passés peuvent interférer avec le développement du sujet et le fragiliser, contribuant au développement de troubles alimentaires via des stratégies dysfonctionnelles de gestion de l'anxiété et des émotions (36).

Les études médicales, en particulier l'externat, sont extrêmement **stressantes**. La pression liée à la performance, la charge de travail élevée et les stages cliniques sont des sources majeures de stress pouvant contribuer à l'apparition ou à l'aggravation des TCA (26).

De plus, les études médicales faisant partie des études les plus difficiles avec des exigences élevées et un concours d'entrée mêlant exigence et performance, elles peuvent conduire à une certaine rigidité et une quête de **perfectionnisme** qui est souvent associé aux TCA. L'anorexie mentale et la boulimie pourraient être une manifestation symptomatique d'une quête excessive de contrôle, en particulier sur l'alimentation et l'image corporelle (37).

De plus une **faible estime de soi** et une **image corporelle négative** peuvent favoriser le déclenchement des TCA, ce qui entraîne un cercle vicieux (38).

Les **troubles du sommeil**, souvent observés chez les externes (fatigue diurne, insomnie), pourraient jouer un rôle dans l'apparition des TCA.

Un sommeil insuffisant ou perturbé est lié à une altération de la régulation émotionnelle et au stress, ce qui pourrait indirectement affecter les comportements alimentaires (39).

Les **relations interpersonnelles**, notamment la qualité des liens familiaux et amicaux, peuvent influencer la santé mentale des étudiants et leur comportement alimentaire et inversement le comportement alimentaire peut avoir un impact sur les relations interpersonnelles (40).

Dans notre étude, il y a environ 4 fois plus d'externes S+ qui présentent une altération des relations interpersonnelles dans au moins un domaine de vie (familial, amical...) que d'externes S-.

Notre étude n'a pas mis en évidence de différence significatives concernant l'**addiction** aux réseaux sociaux. Or les **réseaux sociaux** et la pression sociale jouent un rôle de plus en plus important dans le développement des TCA, en particulier chez les jeunes adultes. L'exposition à des idéaux de minceur ou de perfection corporelle sur les plateformes sociales peut renforcer la préoccupation pour l'apparence physique et les comportements alimentaires inadaptés (41).

De plus la méta-analyse de Hinojo-Lucena en 2019 retrouve un lien entre l'addiction à internet et les TCA (42).

Nos résultats pourraient s'expliquer par la nature déclarative de l'addiction, ainsi que par les caractéristiques spécifiques de notre population étudiée, qui pourraient influencer l'usage des réseaux sociaux de manière homogène, indépendamment des TCA (notamment pour des raisons professionnelles).

De plus, l'usage généralisé des réseaux sociaux dans la population générale, en particulier chez les jeunes générations, pourrait avoir rendu l'addiction aux réseaux sociaux comme un comportement courant chez la majorité des participants, quel que soit leur statut vis-à-vis des TCA.

Nous n'avons pas retrouvé de différences significatives concernant la **sédentarité** et **pratique sportive**. Cependant, certaines études montrent une pratique plus fréquente d'une activité physique intense chez les étudiants à risque de TCA. Cela pourrait s'expliquer par une motivation axée sur l'amélioration de l'image corporelle ou la réduction du poids lorsque l'activité physique est pratiquée de manière excessive et intense (43, 44).

Dans notre étude, il est possible que la population présente des habitudes de sédentarité assez homogènes, en raison du cadre des études, marqué par des révisions intenses

souvent effectuées assis devant un écran ou un livre, et ce indépendamment de la présence ou non d'un TCA. Les personnes souffrant de TCA peuvent adapter leur niveau d'activité physique en fonction de leur trouble, sans que cela n'entraîne une différence marquée en termes de pratique sportive. Par exemple, certaines personnes atteintes de boulimie peuvent maintenir une activité physique régulière à des fins compensatoires, sans que cela diffère fondamentalement du comportement de ceux sans TCA.

Nous avons observé une plus grande fréquence des **addictions comportementales** chez les S+, ainsi que d'addiction à certaines **substances**.

Les TCA ont longtemps fait l'objet de débats quant à leur classification comme **addictions**. Certains considèrent les TCA comme des addictions comportementales, notamment en raison de la perturbation de trois systèmes comportementaux clés : le système de motivation-récompense, la régulation des affects et inhibition comportementale (45).

Des études de neurobiologie ont montré que les TCA, en particulier l'anorexie mentale et la boulimie, sont liés à une perturbation du système de récompense dans le cerveau.

Les personnes atteintes de TCA peuvent ressentir un plaisir ou une satisfaction temporaire en adoptant des comportements restrictifs ou boulimiques, ce qui est similaire au processus addictif.

Dans les TCA, les épisodes de frénésie alimentaire, les vomissements provoqués ou l'exercice physique excessif, peuvent être vus comme des comportements compulsifs qui sont difficilement contrôlables et pouvant être une caractéristique typique des addictions.

Les troubles du spectre boulimique sont souvent perçus sous l'angle de l'addiction alimentaire, mais l'anorexie mentale répondait initialement mal aux critères d'addiction (46).

Cependant, des arguments croissants plaident en faveur de la nature addictive de tous les TCA, y compris l'AM avec un besoin irrésistible de contrôle, en raison de leur forte comorbidité et de l'implication du système de récompense dans l'AM.

Comme dans les addictions classiques, les personnes atteintes de TCA continuent souvent leurs comportements alimentaires malgré les conséquences négatives (physiques, sociales, psychologiques), renforçant l'idée d'un processus addictif.

## Limites de l'étude :

Le caractère **transversal** de l'étude ne nous permet **pas de tirer des conclusions causales sur les associations** retrouvées entre les divers facteurs (stress, déclaration de comorbidités psychiatriques...). Seules des études longitudinales pourraient déterminer si ces facteurs précèdent ou résultent des TCA.

Le **recrutement** via les réseaux sociaux et des groupes spécifiques d'externes en médecine peut introduire un **biais de sélection**, car les participants pourraient être plus sensibilisés aux problématiques de santé mentale et d'alimentation et ceux présentant des TCA pourraient être plus répondeur et ainsi leur prévalence pourrait être surestimée.

L'utilisation d'un **auto-questionnaire** peut introduire un **biais de désirabilité sociale** ou de **sous ou sur-déclaration des symptômes**, notamment pour des sujets aussi sensibles que les troubles alimentaires. Les réponses peuvent être influencées par la perception subjective des participants, sans validation externe par un professionnel de santé.

Même si plusieurs facultés ont été incluses, l'échantillon reste limité **aux externes en France**. Les résultats pourraient ne pas être généralisables aux externes dans d'autres pays, où les **contextes académiques, sociaux et culturels diffèrent**. Cela limite ainsi la généralisation des résultats à l'ensemble des externes en médecine en France.

Le **SCOFF** et les autres **outils de dépistage** ne remplacent pas une évaluation clinique complète par un professionnel. Les externes identifiés comme "à risque" ne sont pas nécessairement diagnostiqués avec un TCA, et une **évaluation plus poussée** serait nécessaire **pour confirmer le diagnostic**. (30% des S+ ont un EAT et BITE négatifs). Le SCOFF ne nous permet pas de distinguer les différents TCA ni d'explorer leur temporalité. Le BITE et le EAT26 évaluent les comportements boulimiques sans individualisation possible entre l'hyperphagie boulimique et de la boulimie nerveuse.

Certains **facteurs de risque** importants, tels que les habitudes alimentaires avant les études de médecine, la chronologie exacte des TCA (nombre d'épisode, récurrence, évolution en continue...) ou des facteurs spécifiques à certaines sous-populations pourraient être **explorés plus en profondeur**. Un **appariement** des groupes sur des variables susceptibles d'être des facteurs de confusion pourrait **limiter les biais de confusion**.



## Points forts de l'étude :

Notre étude s'appuie sur des **outils de dépistage reconnus et validés**, tels que le SCOFF, le EAT-26, le BITE, l'échelle HAD et ESV. Cela garantit une certaine validité des résultats obtenus et permet de comparer les résultats avec ceux d'autres études similaires.

L'étude se concentre sur une **population spécifique d'externes en médecine**, particulièrement **vulnérable au stress et aux troubles psychologiques**. Cette spécificité permet d'apporter des connaissances précieuses sur une population à risque en termes de santé mentale et chez laquelle la question des TCA est très souvent négligée. En effet, la plupart des études chez les étudiants en médecine évalue majoritairement la dépression, l'anxiété et le burn-out.

Notre étude serait la première à dépister les TCA en France chez les externes en médecine en utilisant le SCOFF ainsi qu'en comparant les résultats aux questionnaires EAT et BITE.

Avec **479** externes participants, l'**échantillon** est **relativement large**, ce qui permet une certaine **robustesse statistique**. La diversité géographique (facultés de Nice, Paris, Toulouse, etc.) renforce la représentativité de l'échantillon sur la population Française.

L'étude comporte une **évaluation multi-dimensionnelle**, elle ne se limite pas au dépistage des TCA, mais inclut également des outils d'évaluation de l'anxiété, de la dépression, de la satisfaction de vie, et des traits de personnalité (Big Five). Cela permet une **évaluation globale et approfondie** des facteurs psychologiques et comportementaux associés aux TCA.

L'**anonymat** des réponses via un auto-questionnaire en ligne favorise une **franchise** des participants, ce qui est essentiel dans l'étude des troubles liés à l'alimentation, un sujet souvent perçu comme sensible ou stigmatisant.

Le **dépistage** à l'aide du SCOFF permet de **repérer rapidement** avec une **sensibilité** élevée, les externes à risque de TCA, et de **proposer** des **explorations complémentaires** et une **prise en charge précoce** avant l'aggravation des symptômes.

## **CONCLUSION :**

Les études médicales, de par leurs exigences élevées, sont associées à une forte pression académique, à un stress chronique, à des comorbidités psychiatriques qui amplifient la prévalence des troubles alimentaires dans cette population (47). La méta-analyse de Jahrami et al. en 2019 retrouvait une prévalence de 10.4% chez les étudiants en médecine (48), vs 7.8% en population générale entre 2013 et 2018 (49).

Notre étude permet de révéler l'importance d'un dépistage des TCA chez les externes en médecine qui sont une population particulièrement vulnérable.

Suite à l'utilisation du SCOFF, 50 % des externes sont positifs au dépistage, ce qui représente une proportion alarmante par rapport à la population générale et à la population étudiante (toutes études confondues).

Un point notable de notre étude est que les externes sont eux-mêmes demandeurs d'aide et préoccupés par leur santé et leur alimentation.

En effet, 78 % des externes estiment présenter une perturbation alimentaire, et ils sont nombreux à déclarer que leur alimentation pourrait être améliorée s'ils avaient plus de temps et de connaissances diététiques.

La majorité d'entre eux se disent insatisfaits de leur alimentation, conscients des effets de leur mode de vie sur leur santé physique et mentale.

Ces résultats mettent en avant la nécessité d'une prise en charge précoce et appropriée : un accès facilité à des soins spécialisés, notamment en diététique et en santé mentale, adaptés aux contraintes de leur formation devrait leur être proposé. En outre, des programmes d'éducation sur la gestion du stress et l'alimentation pourraient répondre à leurs besoins et préoccupations.

Il s'avère donc primordial de prendre en compte la problématique alimentaire chez nos externes, ainsi que l'intensité des symptômes susceptibles de peser dans leur vie.

Amener vers le soin est essentiel pour favoriser un meilleur équilibre chez nos futures générations de médecins.

## RÉFÉRENCES :

1. Keski-Rahkonen A, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: An update. *Curr Opin Psychiatry*. 2020;33(6):519-524.
2. Qian J, Wu Y, Liu F, Zhu Y, Jin H, Zhang H. Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2013;13:290.
3. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):348-358.
4. INSERM. *Les troubles des conduites alimentaires: état des lieux en France*. Paris : INSERM; 2018. Rapport.
5. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):724-731.
6. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 1999;319(7223):1467-1468.
7. Luck AJ, Morgan JF, Reid F, et al. The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. *BMJ*. 2002;325(7367):755-756.
8. Maufruid V, Boyer AF, Gehanno JF, Rollin L. Étude sur la perception des étudiants en médecine de Rouen à propos de leur externat, de leur état de santé général ainsi que leurs liens avec la médecine du travail. *Arch Mal Prof Environ*. 2022;83(5):472-482.
9. Fond G, Lancon C, Auquier P, Boyer L. Prevalence of major depression in France in students and its relevance for medical education. *J Affect Disord*. 2018;241:285-291.
10. Association Nationale des Étudiants en Médecine de France (ANEMF). *Enquête sur la santé mentale des étudiants en médecine*. Paris : ANEMF ; 2017. Rapport.
11. Arnal-Couderc M. *Dépistage des troubles du comportement alimentaire à l'aide du SCOFF-F chez 964 actifs et étudiants en Haute-Vienne [thèse d'exercice]*. Limoges : Université de Limoges ; 2018. [150 p.]
12. Tzeng J, Li J. Eating disorders in medical students: the role of stress and mental health conditions. *Int J Med Educ*. 2020;11:121-129.
13. Nunez CM, Chu CM, Schwartz K. Risk factors for eating disorders in healthcare students: a review of stress and coping mechanisms. *J Health Psychol*. 2021;26(2):284-296.

14. Favaro, A., & Santonastaso, P. Age of onset of eating disorders: A longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*. 1997; 22(1): 39-46.
15. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979;9(2):273-279.
16. Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., et al. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine* , 12 (4), 871–878.
17. Leichner, P., Steiger, H., Puentes-Neuman, G., et al. (1994). Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires auprès d'une population québécoise francophone. *Revue canadienne de psychiatrie* , 39 (1), 49–54.
18. Henderson M, Freeman CP. A self-rating scale for bulimia: the BITE. *Br J Psychiatry*. 1987;150:18-24.
19. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-370.
20. Blais MR, Vallerand RJ, Pelletier LG, Brière NM. L'échelle de satisfaction de vie : validation canadienne-française du « Satisfaction with Life Scale » *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*. 1989;21(2):210-23.
21. Emerson SD, Guhn M, Gadermann AM. Measurement invariance of the Satisfaction with Life Scale: Reviewing three decades of research. *Quality of Life Research*. 2017;26(9):2251-64.
22. Vassar M. A note on the score reliability for the Satisfaction With Life Scale: An RG study. *Social Indicators Research*. 2008;86(1):47-57.
23. R. Courtois et al. Validation française du Big Five Inventory à 10 items (BFI-10). *L'Encéphale*,46 (2020), 455–462.
24. Rammstedt B, John OP. Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *J Res Pers*. 2007;41(1):203-212.
25. McCrae RR, Costa PT Jr. The five-factor theory of personality. In: John OP, Robins RW, Pervin LA, editors. *Handbook of personality: Theory and research*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2008. p. 159-181.
26. Pereira-Lima K, Loureiro SR. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol Health Med*. 2015;20(3):353-362.
27. Tivolacci MP, Grigioni S, Richard L, Meyrignac G, Dechelotte P, Ladner J. Risque de troubles du comportement alimentaire chez les étudiants : une problématique de santé publique ? *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2014;62.

28. Clerici L. *Place de la créativité dans la santé mentale des externes en médecine de quatrième et cinquième année en France [thèse d'exercice]*. Nice: Université Côte d'Azur, Faculté de Médecine de Nice; 2021.
29. Charfi N, Trigui D, Ben Thabet J, Hajbi K, Zouari N, Zouari L, et al. A study of the relationship between eating disorders, stress level and self-esteem among medicine students. *Tunis Med* 2015;93(11):720–4.
30. Memon AA, Adil SE, Siddiqui EU, Naeem SS, Ali SA, Mehmood K. Eating disorders in medical students of Karachi, Pakistan-a cross-sectional study. *BMC Res Notes* 2012;5(1):84
31. Udo T, Grilo CM. Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *Int J Eat Disord*. 2019;52(1):42-50.
32. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26:543-548.
33. Thomas JJ, Vartanian LR, Brownell KD. The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: metaanalysis and implications for DSM. *Psychol Bull*. 2009;135:407-433.
34. Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, Tahilani K, Thompson-Brenner H, Herzog DB. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *Am J Psychiatry*. 2008;165:245-250.)
35. Wonderlich SA, Brewerton TD, Jolic Z, Dansky BS, Abbott DW. Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(8):1107-1115.
36. Tasca G.A.: Attachment and eating disorders : a research update. *Curr Opin Psychol* 2019; 25: pp. 59-64.
37. Nilsson K, Sundbom E, Hägglöf B. A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset anorexia nervosa-restricting type. *Eur Eat Disord Rev*. 2008;16(5):386-394.
38. Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *J Psychosom Res*. 2002;53(5):985-993.
39. El MIBRAK L. *Anxiété en milieu étudiantin : étude transversale sur une population d'étudiants en médecine en droit et en agronomie [thèse]*. Rabat: Université Mohammed V Rabat; 2018. 189 p.
40. Mitchell JE, Crow S. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19(4):438-443.
41. Fardouly J, Vartanian LR. Social media and body image concerns: Current research and future directions. *Curr Opin Psychol*. 2016;9:1-5.

42. Hinojo-Lucena FJ, Aznar-Díaz I, Cáceres-Reche MP, Trujillo-Torres JM, Romero-Rodríguez JM. Problematic internet use as a predictor of eating disorders in students: A systematic review and meta-analysis study. *Nutrients*. 2019;11(9):2151
43. Bizri M, Geagea L, Kobeissy F, Talih F. Prevalence of eating disorders among medical students in a lebanese medical school: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2020;16:1879–87.
44. QuilesMarcos Y, BalaguerSolá I, PamiesAubalat L, QuilesSebastián MJ, MarzoCampos JC, RodríguezMarín J. Eating habits, physical activity, consumption of substances and eating disorders in adolescents. *Span J Psychol* 2011;14(2):712–23.
45. Goodman. *Neurobiology of addiction: An integrative review*. *Rev Neurosci*. 2008;1:266-322
46. Godart N. *L'anorexie mentale et la boulimie nerveuse sont-elles des addictions ?* In: Picherot G, Stheneur C, editors. *Addictions chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Doin, *Progrès en Psychiatrie*; 2014. p. 215-222.
47. ANEMF. *Enquête sur la santé mentale des étudiants en médecine*. Paris : ANEMF; 2021. Rapport.
48. Jahrami H, Sater M, Abdulla A, Faris MA, AlAnsari A. Eating disorders risk among medical students: a global systematic review and meta-analysis. *Eat WeightDisord* 2019;24(3):397–410.
49. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavalacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr* 2019;109(5):1402–13.

## ANNEXES :

Tableau 1 : Caractéristiques de base des patients de l'étude :

Variables	n (%)	SCOFF – (n = 241)	SCOFF + (n = 238)	p-valeur	Test
<b>Sexe</b>				<b>0.013</b>	Fisher
Femme	397 (83%)	189 (78%)	208 (87%)		
Homme	80 (17%)	51 (21%)	29 (12%)		
Je me considère autre	2 (0.42%)	1 (0.41%)	1 (0.42%)		
<b>Âge</b>				0.37	Chi2
18 - 20 ans	31 (6.5%)	17 (7.1%)	14 (5.9%)		
21 - 24 ans	396 (83%)	203 (84%)	193 (81%)		
25 - 29 ans	38 (7.9%)	14 (5.8%)	24 (10%)		
30 ans et plus	14 (2.9%)	7 (2.9%)	7 (2.9%)		
<b>Vie sentimentale</b>				0.81	Chi2
En couple	224 (47%)	114 (47%)	110 (46%)		
Célibataire	226 (47%)	111 (46%)	115 (48%)		
C'est compliqué	29 (6.1%)	16 (6.6%)	13 (5.5%)		
<b>Mode de vie</b>				0.22	Chi2
Seul(e)	225 (47%)	105 (44%)	120 (50%)		
Au domicile familial	102 (21%)	49 (20%)	53 (22%)		
En couple	84 (18%)	47 (20%)	37 (16%)		
En colocation	68 (14%)	40 (17%)	28 (12%)		
<b>Enfants</b>				0.6	Fisher
Non	470 (98%)	237 (98%)	233 (98%)		
Oui	5 (1%)	3 (1.2%)	2 (0.84%)		
Grossesse en cours	4 (0.84%)	1 (0.41%)	3 (1.3%)		
<b>Année d'externat</b>				0.57	Chi2
M1	213 (44%)	102 (42%)	111 (47%)		
M2	140 (29%)	75 (31%)	65 (27%)		
M3	126 (26%)	64 (27%)	62 (26%)		
<b>Redoublement</b>				0.14	Fisher
0	260 (54%)	143 (59%)	117 (49%)		
1 (1ère année)	182 (38%)	80 (33%)	102 (43%)		
2	18 (3.8%)	9 (3.7%)	9 (3.8%)		
1 (externat)	12 (2.5%)	7 (2.9%)	5 (2.1%)		
1 (avant externat)	7 (1.5%)	2 (0.83%)	5 (2.1%)		
<b>Poids actuel (+/- 2 Kg)</b>				<b>&lt;0.001</b>	Chi2
Stable	273 (57%)	165 (68%)	108 (45%)		
Plus élevé	142 (30%)	50 (21%)	92 (39%)		
Plus bas	31 (6.5%)	14 (5.8%)	17 (7.1%)		
Ne sais pas	33 (6.9%)	12 (5%)	21 (8.8%)		
<b>IMC</b>				<b>&lt;0.001</b>	Chi2
Normal	360 (75%)	191 (79%)	169 (71%)		
Bas	52 (11%)	32 (13%)	20 (8.4%)		
Surpoids	54 (11%)	16 (6.6%)	38 (16%)		
Obésité	13 (2.7%)	2 (0.83%)	11 (4.6%)		
<b>Maladie chronique impactant le poids</b>				0.16	Chi2

Non	430 (90%)	220 (91%)	210 (88%)		
Oui, tendance à prendre du poids	36 (7.5%)	13 (5.4%)	23 (9.7%)		
Oui, tendance à perdre du poids	13 (2.7%)	8 (3.3%)	5 (2.1%)		

Tableau 2 : Tendances alimentaires en fonction du SCOFF

Tendances alimentaires actuelles :	Valeurs	SCOFF - (n = 241)	SCOFF + (n = 238)	n(%)	p	test
Hyperphagie	Non	219 (91%)	137 (58%)	356 (74%)	<b>&lt;0.001</b>	Chi2
	Oui	22 (9.1%)	101 (42%)	123 (26%)		
Boulimie	Non	239 (99%)	181 (76%)	420 (88%)	<b>&lt;0.001</b>	Chi2
	Oui	2 (0.83%)	57 (24%)	59 (12%)		
Restriction	Non	216 (90%)	139 (58%)	355 (74%)	<b>&lt;0.001</b>	Chi2
	Oui	25 (10%)	99 (42%)	124 (26%)		
Grignotages	Non	143 (59%)	120 (50%)	263 (55%)	<b>0.0499</b>	Chi2
	Oui	98 (41%)	118 (50%)	216 (45%)		
Mérycisme	Non	239 (99%)	230 (97%)	469 (98%)	0.061	Fisher
	Oui	2 (0.83%)	8 (3.4%)	10 (2.1%)		
PICA	Non	240 (100%)	233 (98%)	473 (99%)	0.12	Fisher
	Oui	1 (0.41%)	5 (2.1%)	6 (1.3%)		
Addiction aux produits sucrés/gras	Non	215 (89%)	155 (65%)	370 (77%)	<b>&lt;0.001</b>	Chi2
	Oui	26 (11%)	83 (35%)	109 (23%)		
Diminution de l'appétit avec quasi dégoût alimentaire	Non	232 (96%)	218 (92%)	450 (94%)	<b>0.032</b>	Chi2
	Oui	9 (3.7%)	20 (8.4%)	29 (6.1%)		
Hyperphagie nocturne	Non	237 (98%)	225 (95%)	462 (96%)	<b>0.025</b>	Chi2
	Oui	4 (1.7%)	13 (5.5%)	17 (3.5%)		
Tachyphagie	Non	195 (81%)	163 (68%)	358 (75%)	<b>&lt;0.01</b>	Chi2
	Oui	46 (19%)	75 (32%)	121 (25%)		
Pense présenter une perturbation de l'alimentation : (après lecture des définitions)	Oui	150 (62%)	226 (95%)	376 (78%)	<b>&lt;0.001</b>	Chi2
	Non	91 (38%)	12 (5%)	103 (22%)		



Tableau 3 : Échelles en fonction du SCOFF :

Échelles	Valeurs	SCOFF - (n = 241)	SCOFF + (n = 238)	n (%)	p	test
EAT26	-	235 (98%)	121 (51%)	356 (74%)	<0.001	Chi2
	+	6 (2.5%)	117 (49%)	123 (26%)		
EAT : Boulimie et préoccupation alimentaire	Non	241 (100%)	181 (76%)	422 (88%)	<0.001	Chi2
	Oui	0 (0%)	57 (24%)	57 (12%)		
EAT : Contrôle oral	Non	239 (99%)	224 (94%)	463 (97%)	<0.01	Chi2
	Oui	2 (0.83%)	14 (5.9%)	16 (3.3%)		
EAT : Restriction alimentaire	Non	240 (100%)	157 (66%)	397 (83%)	<0.001	Chi2
	Oui	1 (0.41%)	81 (34%)	82 (17%)		
BITE : Échelle de Symptômes	Comportement dans la norme	218 (90%)	59 (25%)	277 (58%)	<0.001	Chi2
	Frénésie alimentaire à investiguer	20 (8.3%)	94 (39%)	114 (24%)		
	Probabilité de boulimie élevée	3 (1.2%)	85 (36%)	88 (18%)		
BITE : Échelle de sévérité	Cliniquement non significatif	221 (92%)	120 (50%)	341(71%)	<0.001	Chi2
	Cliniquement significatif	13 (5.4%)	85 (36%)	98 (20%)		
	Haut degré de sévérité	7 (2.9%)	33 (14%)	40 (8.4%)		
HAD : Anxiété	+	90 (37%)	146 (61%)	236 (49%)	<0.001	Chi2
	-	100 (41%)	39 (16%)	139 (29%)		
	?	51 (21%)	53 (22%)	104 (22%)		
HAD : Dépression	-	203 (84%)	150 (63%)	353 (74%)	<0.001	Chi2
	?	22 (9.1%)	44 (18%)	66 (14%)		
	+	16 (6.6%)	44 (18%)	60 (13%)		
ESV	Grande satisfaction	71 (29%)	27 (11%)	98 (20%)	<0.001	Chi2
	Satisfaction modérée	79 (33%)	62 (26%)	141 (29%)		
	Satisfaction légère	36 (15%)	51 (21%)	87 (18%)		
	Point neutre	4 (1.7%)	11 (4.6%)	15 (3.1%)		
	Légère insatisfaction	29 (12%)	47 (20%)	76 (16%)		
	Insatisfaction modérée	18 (7.5%)	32 (13%)	50 (10%)		
	Insatisfaction extrême	4 (1.7%)	8 (3.4%)	12 (2.5%)		
ESV	Satisfaction	186 (77%)	140 (59%)	326 (68%)	<0.001	Chi2
	Point neutre	4 (1.7%)	11 (4.6%)	15 (3.1%)		
	Insatisfaction	51 (21%)	87 (37%)	138 (37%)		

Big Five	Agréabilité médiane [Q25-75]	7.00 [6.00; 8.00]	6.00 [5.00; 8.00]	479	0.01	Welch
	Conscience médiane [Q25-75]	7.00 [6.00; 9.00]	7.00 [6.00; 9.00]	479	0.24	
	Émotion médiane [Q25-75]	7.00 [5.00; 8.00]	8.00 [6.00; 9.00]	479	<0.001	
	Extraversion médiane [Q25-75]	6.00 [4.00; 8.00]	5.00 [4.00; 7.00]	479	0.21	
	Ouverture médiane [Q25-75]	7.00 [5.00; 9.00]	7.00 [6.00; 9.00]	479	0.35	

## 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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 ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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.

## **RÉSUMÉ :**

### **Introduction :**

Les troubles du comportement alimentaire sont des troubles psychiatriques caractérisés par une symptomatologie complexe avec de graves perturbations du comportement alimentaire ayant de lourdes conséquences sur les plans somatique, psychologique et social. Leur épidémiologie est variable en fonction des populations d'étude et des critères de diagnostic. Les externes en médecine constituent une population particulièrement soumise à de nombreuses contraintes de performance et d'exigence et chez lesquels plusieurs études ont mis en évidence les répercussions grandissantes sur leur santé mentale.

### **Objectif :**

L'objectif de notre étude consiste à étudier la prévalence des troubles des conduites alimentaires chez les externes en médecine en France dépistés à l'aide du questionnaire SCOFF. Nous explorons également divers facteurs associés aux TCA.

### **Matériel et méthode :**

Un auto-questionnaire généré via Google Forms a été publié en ligne via les réseaux sociaux comprenant des promotions d'externes en France sur la période de Mars à Mai 2024. 479 externes ont répondu à l'intégralité du questionnaire et le dépistage des TCA a été réalisé par le questionnaire SCOFF.

### **Résultats :**

Le SCOFF était positif chez 238 externes, soit la moitié de l'effectif total de notre population, avec des différences significatives sur le plan du sommeil, de la prise de toxiques, d'addictions comportementales, d'abus sexuel et de violence psychologique, sur la santé mentale et les comorbidités psychiatriques ainsi que sur les difficultés alimentaires passées et leurs répercussions dans les différents domaines de vie avec un impact sur la satisfaction de vie.

### **Conclusion :**

Le dépistage des TCA paraît en ce sens primordial chez les externes en médecine en France afin de maintenir leur bien-être physique et psychique. La mise en place de mesures de prévention avant que les troubles ne s'aggravent pourrait permettre une prise en charge plus précoce et une orientation vers les professionnels adaptés.