

BITE

Répondez en considérant les quatre dernières semaines (les 3 derniers mois)	OUI	NON
1. Mangez-vous chaque jour selon un schéma régulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Faites-vous un régime pour maigrir strict	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si vous abandonnez une fois votre régime, est-ce un échec	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Calculez-vous les calories de tout ce que vous mangez, même lorsque vous ne suivez pas de régime	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Vous arrive t-il de jeûner pendant toute une journée entière	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

6. Si vous jeûnez, à quelle fréquence ?

Jamais	<input type="checkbox"/>
De temps en temps	<input checked="" type="checkbox"/>
Une fois/semaine	<input checked="" type="checkbox"/>
2 à 3 fois/semaine	<input checked="" type="checkbox"/>
Tous les 2 jours	<input checked="" type="checkbox"/>

7. Avez-vous recours aux moyens suivants pour perdre du poids	Jamais	1 fois/sem	2-3 fois/sem	Quotidiens	2-3 fois/jour	+ de 3 fois/jour
Coupe-faim	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diurétiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Laxatifs	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Répondez aux questions suivantes par oui ou non	OUI	NON
8. Votre schéma d'alimentation perturbe t-il sévèrement votre vie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Vous arrive t-il de manger sans arrêt et de ne cesser que lorsque vous ressentez un malaise physique		<input type="radio"/>
11. Y a t-il des moments où vous ne pouvez plus penser à rien d'autre que la nourriture		<input type="radio"/>
12. Mangez-vous raisonnablement quand vous êtes en compagnie, tout en vous « rattrapant » quand vous êtes seule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Pouvez-vous toujours vous arrêter de manger lorsque vous le voulez		<input type="radio"/>
14. Vous est-il arrivé d'éprouver un besoin irrésistible de manger d'énormes quantités de nourriture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Avez-vous tendance à beaucoup manger lorsque vous êtes angoissée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Etes-vous terrifiée à l'idée de devenir grosse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Vous est-il arrivé de manger de grandes quantités de nourriture rapidement (en dehors des repas)		<input type="radio"/>
18. Avez-vous honte de vos habitudes alimentaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Craignez-vous de ne plus avoir le contrôle sur la quantité de nourriture que vous mangez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Vous raccrochez-vous à la nourriture pour vous réconforter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Pouvez-vous laissez des restes sur votre assiette à la fin des repas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Cachez-vous aux autres combien vous mangez		<input type="radio"/>
23. La faim détermine t-elle la quantité de ce que vous mangez		<input type="radio"/>
24. Vous est-il arrivé de dévorer irrésistiblement d'énormes quantités de nourriture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Si oui, cela vous rend-il très malheureuse		<input type="radio"/>
26. Lorsque vous dévorez d'énormes quantités de nourriture, le faites-vous uniquement en cachette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. A quelle fréquence moyenne le faites-vous ?	
Presque jamais	<input type="radio"/>
1 fois/mois	<input type="radio"/>
1 fois/semaine	<input type="radio"/>

2 à 3 fois/semaine	<input type="radio"/>
Quotidiennement	<input type="radio"/>
2 à 3 fois par jour	<input type="radio"/>

Répondez aux questions suivantes par oui ou non	OUI	NON
28. Seriez-vous capable de faire des démarches considérables pour satisfaire ce besoin irrésistible de manger	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
29. Vous sentez-vous très coupable lorsque vous avez trop mangé	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
30. Vous arrive t-il de manger en cachette	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
31. Considérez-vous vos habitudes alimentaires comme normales	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
32. Vous considérez-vous comme une mangeuse compulsive	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
33. Votre poids fluctue-t-il de plus de 2 kg par semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Cochez la case si c'est votre cas	
Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?	<input type="checkbox"/>
Vous inquiétez vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?	<input type="checkbox"/>
Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous que vous êtes grosse alors que d'autres vous trouvent trop mince ?	<input type="checkbox"/>
Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?	<input type="checkbox"/>

Source : Luck A.J. et coll., The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study, B.M.J., 325: 755-6, 5 octobre 2002.