

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2012-2013

Thèse
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'Etat

Par

Prune Médina
Née le 11/07/1981 à Bayonne
&
Alexandrine Bonnigal
Née le 18/04/1985 à Blois

Présentée et soutenue publiquement le 31 octobre 2013

TITRE

Perceptions par les médecins généralistes de leur rôle dans le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires

Jury

Président de Jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Membres du jury : Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE
Monsieur le Professeur Charles COUET
Monsieur le Docteur Marc FILLATRE
Monsieur le Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Daniel ALISON, Moyens
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS -
J.BARSOTTI - A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN –
L. CASTELLANI - J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – P. JOBARD –
J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY –
Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN – J. MOLINE –
Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD – JC.
ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE -
M.J. THARANNE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM. ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M. BARON Christophe	Immunologie
Mme BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM. BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET Pierre	Physiologie
Mme BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM. BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
CORCIA Philippe	Neurologie
COSNAY Pierre	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
COUET Charles	Nutrition
DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
HAILLOT Olivier	Urologie

HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM. HUTEN Noël	Chirurgie générale
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
LEBRANCHU Yvon	Immunologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEMARIE Etienne	Pneumologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
MAILLOT François	Médecine Interne
MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	O.R.L.
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM. SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme TOUTAIN Annick	Génétique
MM. VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. HUAS Dominique Médecine Générale
LEBEAU Jean-Pierre Médecine Générale
MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mmes ANGOULVANT Theodora Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique :
addictologie
BAULIEU Françoise Biophysique et Médecine nucléaire
M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de
Communication
Mmes BLANCHARD Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire
MM. BOISSINOT Eric Physiologie
DESOUBEAUX Guillaume Parasitologie et mycologie
Mme DUFOUR Diane Biophysique et Médecine nucléaire
M. EHRMANN Stephan Réanimation médicale
Mmes FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et Cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie Immunologie
MM. GUERIF Fabrice Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction
GYAN Emmanuel Hématologie, transfusion
HOARAU Cyrille Immunologie
HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire
Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine Anatomie et Cytologie pathologiques
MARUANI Annabel Dermatologie
MM. PIVER Eric Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme SAINT-MARTIN Pauline Médecine légale et Droit de la santé
M. TERNANT David Pharmacologie – toxicologie
Mme VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M. VOURC'H Patrick Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes BOIRON Michèle Sciences du Médicament
ESNARD Annick Biologie cellulaire
MM. GIRAUDEAU Bruno Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de
Communication
LEMOINE Maël Philosophie
Mme MONJAUZE Cécile Sciences du langage - Orthophonie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes HUAS Caroline	Médecine Générale
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M. ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

M. BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM. COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM. LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

Mme DELORE Claire	Orthophoniste
MM. GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M. MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
----------------------	-----------------------

REMERCIEMENTS

A la Présidente du Jury, Madame le Professeur Anne Marie Lehr-Drylewicz,

Pour l'honneur que vous nous faites de présider ce jury,

Pour avoir accepté de juger ce travail,

Pour nous avoir formées à la médecine générale en stage ambulatoire,

Veillez trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A notre directeur de thèse, Monsieur le Docteur Jean-Sébastien Cadwallader

Pour nous avoir accompagnées et soutenues tout au long de ce travail,

Un immense merci pour ta disponibilité, ta patience et tes compétences.

Aux juges,

Monsieur le Professeur Alain Chantepie

Monsieur le Professeur Charles Couet,

Monsieur le Docteur Marc Fillatre,

Pour l'honneur que vous nous faites d'avoir accepté de juger ce travail,

Pour votre investissement dans l'enseignement et la recherche,

Veillez trouver ici le témoignage de notre sincère considération.

Alexandrine tient à remercier :

Prune, pour son investissement, ses compétences et cette agréable collaboration dans ce travail.

Tous les médecins et professionnels de santé qui l'ont formée et entourée durant ces études.

Une attention particulière aux services de Médecine de Vendôme, de dermatologie à Trouseau, des urgences d'Amboise.

Sa sœur, ses parents et grands parents pour leur affection et leur soutien.

Romain

Ses beaux parents

Ses amis.

Prune souhaite remercier :

Alexandrine, pour sa disponibilité, sa rigueur et sa gentillesse. Travailler à ses côtés a été un plaisir.

Tous ceux avec qui elle eu la joie de travailler durant son internat,

Particulièrement ses amies du Coudray,

Sa famille pour son soutien depuis toujours,

Sa belle famille,

Damien et Antoine.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Résumé

Contexte : Peu d'études décrivent les patients atteints de troubles des conduites alimentaires (TCA) en soins primaires. Il existe un décalage entre la prévalence des TCA en population générale, de l'ordre de 10% chez les adolescentes et celle en médecine générale, de l'ordre de 0,3%. Le médecin généraliste (MG) est souvent cité comme un acteur essentiel de la détection précoce des TCA.

Objectif : Décrire les perceptions des MG de leur rôle dans le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de TCA.

Méthode : Etude observationnelle qualitative collaborative réalisée à partir d'un échantillonnage national raisonné à variation maximale. 19 entretiens téléphoniques semi dirigés de MG adhérents à la SFMG et ayant rencontré au moins une fois un patient atteint de TCA ont été réalisés. L'analyse par théorisation ancrée a été faite par trois investigateurs dans l'ensemble des étapes de codage sur le logiciel Nvivo10.

Résultats : Les définitions personnelles des TCA des MG étaient souvent différentes des définitions de la HAS et du DSM V. Les MG y incluaient des critères plus personnels et subjectifs, centrés sur le patient. Le diagnostic était selon les MG facilité par la place de « médecin de famille ». Les patients décrits par les MG étaient toujours des jeunes femmes anorexiques, aucun cas de boulimie n'a été mentionné. La prise en charge des TCA leur paraissait longue et difficile avec un sentiment d'impuissance fréquemment rapporté. Cependant les MG ressentaient avoir un rôle important.

Conclusion : Cette étude a mis en évidence les difficultés ressenties par les MG dans la définition, le diagnostic et la prise en charge des TCA, même si la saturation des données n'a pu être totalement atteinte. Une étude similaire pourrait être menée auprès des patients. Ainsi, les recommandations actuelles pourraient être modifiées en tenant compte des besoins des MG et des patients.

Mots clés : troubles des conduites alimentaires, médecins généralistes, perception, rôle

General practitioners' perceptions about their role in the diagnosis and the management of patients with eating disorders

Abstract

Background: Very few studies describe patients with Eating Disorders (EDs) in primary care. There is a gap between the prevalence of EDs in the general population, about 10% of young adults and in general practice, about 0,3%. General practitioners (GPs) are often considered as having a major role to play in early detection of EDs.

Objective: To describe GPs' perceptions about their role in the diagnosis and the management of patients with EDs.

Method: Qualitative collaborative study executed with a national sampling. 19 semi-structured phone interviews were conducted. Participants belonged to the SFMG (a french GP society). They met at least one time an ED patient. 3 investigators conducted the analysis with the grounded theory, thanks to Nvivo10 software.

Results: Personal definitions of EDs were often not taking into account the guidelines (HAS, DSM-V). GPs included some personal and subjective criteria focused on the patient. The diagnosis was facilitated by the GP's role of "family management". Cases reported by GPs were young females with anorexia. No case of bulimia was mentioned. ED management seemed long and difficult with sometimes a powerlessness feeling. However GPs thought they had an important role in general.

Conclusion: This study highlighted the difficulties felt by the GPs for defining, diagnosing and supporting EDs, although data saturation had not been completely reached. A similar survey could be conducted with patient having EDs. Thereby, current guidelines could be modified according to patients and GPs' needs.

Key words: eating disorders, general practitioners, attitude, role

Table des matières

1 Introduction	14
1.1 Définition.....	14
1.2 Évolution de la maladie	15
1.3 Données de la littérature.....	15
2 Objectif principal	16
3 Méthode et matériel	16
3.1 Méthode qualitative	16
3.1.1 Comparaison des méthodes quantitatives et qualitatives.....	16
3.1.2 Choix de la méthode qualitative	16
3.2 La population étudiée	16
3.3 Méthode de recueil	17
3.4 Le guide initial d'entretien	18
3.5 L'analyse des données.....	18
4 Résultats	18
4.1 Entretiens et échantillon.....	18
4.2 Définition personnelle des TCA par les médecins généralistes.....	20
4.2.1 Difficultés dans la définition personnelle	20
4.2.2 Définition personnelle incluant les critères du DSM.....	20
4.2.3 Définition personnelle incluant des critères différents du DSM	20
4.3 Situations diagnostiques	21
4.3.1 Diagnostic face aux critères du DSM	21
4.3.2 Diagnostic sur des critères personnels.....	21
4.3.3 Confirmation du diagnostic	22
4.3.4 Ressenti suite au diagnostic	22
4.4 Description des patients.....	23
4.4.1 Description objective, critères organiques.....	23
4.4.2 Description objective, critères psychologiques	23
4.4.3 Description subjective des patients.....	24
4.4.4 Entourage	24
4.4.5 Réaction des patients	25
4.4.6 Perception de la prévalence	25
4.5 Perception de leur prise en charge	25
4.5.1 Leur ressenti.....	25
4.5.2 Le parcours de soin	26
4.5.3 Description de leur prise en charge	27
4.5.4 Prise en charge médicamenteuse	29
4.6 Perception du rôle en général	29
4.6.1 Attitude en cas de suspicion diagnostique	29
4.6.2 Prévention primaire et dépistage :	29
4.6.3 Coordination des soins.....	30
4.6.4 La prise en charge	30
4.7 Construction d'un modèle	30
5 Discussion	32
5.1 Reprise des principaux résultats et comparaison avec la littérature	32
5.1.1 La définition personnelle et les situations diagnostiques	32
5.1.2 Description des patients.....	33
5.1.3 Perception de la prise en charge	34
5.1.4 Perception du rôle en général	35
5.2 Validité	35
5.2.1 Forces de l'étude.....	35
5.2.3 Faiblesses de l'étude	36

5.3 Perspectives.....	36
6 Conclusion.....	37
7 Bibliographie.....	38
8 Annexes	40
Annexe 1 : le canevas d'entretien	40
Annexe 2 : caractéristiques de l'échantillon	42
Annexe 3 : retranscription de trois entretiens.....	44

Liste des abréviations

TCA : Trouble des Conduites Alimentaires

AN: Anorexia Nervosa (anorexie)

APA : American Psychiatric Association (Association Américaine de Psychiatrie)

BN: Bulimia Nervosa (boulimie)

DRC : Dictionnaire des Résultats de Consultations

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux)

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

MG : Médecin Généraliste

NICE : National Institute for health and Clinical Excellence (institut national pour la santé et l'excellence des soins)

OMG : Observatoire de la Médecine Générale

SFMG : Société Française de Médecine Générale

1 Introduction

1.1 Définition

Le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) est un outil de classification des troubles mentaux, créé par l'Association américaine de psychiatrie (APA), publié en 1994.

L'anorexie nerveuse, selon le DSM-IV, est définie par :

1. le refus de maintenir un poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille (perte de poids conduisant au maintien du poids < 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance, conduisant à un poids < 85 % du poids attendu).
2. la peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
3. l'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 déni de la gravité de la maigreur actuelle.
4. avec chez les femmes post pubères, une aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs.

De type restrictif :

Pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements).

De type avec crise de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs :

Pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou a eu recours aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs.

La boulimie nerveuse, selon le DSM-IV, est définie par :

1. des épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée (un épisode d'hyperphagie incontrôlée consiste en des prises alimentaires, dans un temps court inférieur à deux heures, d'une quantité de nourriture largement supérieure à celle que la plupart des personnes mangeraient dans le même temps et les mêmes circonstances et en une impression de ne pas avoir le contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter).
2. le sujet met en œuvre des comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice physique excessif).
3. les épisodes d'hyperphagie incontrôlée et les comportements compensatoires pour prévenir une prise de poids ont lieu en moyenne deux fois par semaine durant au moins trois mois.
4. le jugement porté sur soi-même est indûment influencé par la forme et le poids du corps.
5. le trouble ne survient pas exclusivement au cours des épisodes d'anorexie.

De type avec vomissements ou prises de purgatifs :

Pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

De type sans vomissements ni prises de purgatifs :

Pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements...

Deux nouvelles entités distinctes sont apparues avec le DSM-V en 2013.

Les formes sub-syndromiques de troubles des conduites alimentaires (TCA) :

Elles correspondent soit à des formes prodromiques de TCA, soit à des formes résolutes, soit à des formes évoluant sur un mode mineur. Si les formes sub-syndromiques n'atteignent pas l'intensité symptomatique des formes avérées, elles n'en ont pas moins des conséquences sévères sur le plan physique et psychologique. Ainsi, Johnson et al.¹ ont montré que l'existence de formes atténuées de TCA à l'adolescence est un important facteur de risque de développer des troubles physiques et psychiques à l'âge adulte (troubles anxieux, symptômes cardio-vasculaires, syndrome de fatigue chronique, douleurs chroniques, troubles dépressifs, limitation de leur activité liée à une mauvaise santé, maladies infectieuses, insomnie, symptômes neurologiques, tentative de suicide).

L'hyperphagie boulimique :

Cette forme de TCA correspond à la boulimie sans conduite compensatoire associée.

1.2 Évolution de la maladie

Les TCA sont à haut risque de chronicité voir de décès^{2 3 4}. L'anorexie nerveuse présente le plus haut taux de mortalité des maladies psychiatriques⁵, entre 8% et 15% après 12 ans d'évolution^{6 7}.

1.3 Données de la littérature

Au niveau international :

Peu d'études décrivent ces patients en soins primaires.

Une détection et un traitement précoces permettent une amélioration du pronostic de l'anorexie mentale^{3 8}, en particulier chez les adolescents. Mais ces études sont basées sur une population hospitalisée en soins secondaires.

D'autres études montrent que ces patients consultent, au début de la maladie, leurs médecins généralistes plus fréquemment que les autres pour divers problèmes psychologiques ou somatiques⁹. Pourtant, il semble exister un hiatus entre la prévalence des TCA observée en population générale et celle observée en médecine générale. En effet, dans une étude de 2006, en population de soins primaires, l'incidence de l'anorexie était de seulement 8 pour 100000 personnes par an, et 13 pour 1000000 pour la boulimie. Les prévalences de l'anorexie et de la boulimie étaient faibles, respectivement de 0.3 et 1 %¹⁰.

Au contraire, dans une étude menée dans la population générale, les formes sub-syndromiques étaient fréquentes, atteignant 9.4% des femmes âgées de 15 à 17 ans et 1.4% des hommes. De plus, la majorité des patients ayant une forme sub-syndromique d'anorexie restaient en sous poids à l'âge de 20 ans¹¹. Pour expliquer ce hiatus entre prévalence en soins primaires et prévalence en population générale, certaines études ont montré que les TCA étaient sous diagnostiqués en médecine générale¹². Une étude a montré que moins de 1 cas sur 10 de boulimie ou d'hyperphagie boulimique était diagnostiqué par les médecins généralistes¹³.

En France :

Aucune donnée d'incidence et de prévalence n'est disponible que ce soit en population générale ou en médecine générale.

Il existe des recommandations de la HAS² pour la prise en charge de l'anorexie mais

aucune étude n'a exploré l'opinion des médecins généralistes alors même que ceux-ci semblent avoir un rôle majeur à jouer.

2 Objectif principal

L'objectif principal était de décrire les perceptions des médecins généralistes (MG) de leur rôle dans le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de TCA.

3 Méthode et matériel

3.1 Méthode qualitative

3.1.1 Comparaison des méthodes quantitatives et qualitatives

L'analyse quantitative cherche à tester une hypothèse à travers une série de mesures. Le raisonnement est hypothético-déductif.

L'analyse qualitative, à l'inverse, vise à créer des hypothèses lorsqu'un domaine est mal connu. Le raisonnement est inductif.

3.1.2 Choix de la méthode qualitative

Ce travail avait pour objet de décrire les perceptions des médecins généralistes de leur rôle dans le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de TCA. Ainsi nous avons choisi la méthode qualitative, appropriée pour l'étude des opinions et des pratiques individuelles de chacun.

3.1.3 Critères de validation ^{14 15 16 17 18}

3.1.3.1 L'acceptation interne

L'étude devait être acceptée par les médecins généralistes qui constituent le « matériel » de notre recherche.

3.1.3.2 La validité

La validité de l'étude passe par deux critères que nous avons cherché à respecter. La *crédibilité* est la preuve que l'objet a été bien identifié. Elle nécessite une présence prolongée sur le site d'observation et des procédures détaillées. La saturation des données était atteinte lorsqu'un nouvel entretien n'apportait plus de nouvel élément par rapport aux précédents.

La *validation* signifie que les résultats obtenus concordent avec les données recueillies. Pour la démontrer, un recours à la triangulation des données était nécessaire.

3.2 La population étudiée

La population étudiée était constituée de médecins généralistes membres de la Société Française de Médecine Générale (SFMG). Cette société savante a pour but de promouvoir la médecine générale. Les médecins qui appartiennent à l'observatoire de la médecine générale (OMG) rendent accessibles leurs résultats de consultations via le DRC (dictionnaire des

résultats de consultation). Nous avons contacté les médecins généralistes ayant côté, au moins une fois, TCA comme motif principal de consultation, dans leur DRC, entre 1994 et 2007.

La définition des TCA selon le DRC (RC539) est la suivante :

- l'anorexie
- la boulimie
- l'alternance entre la boulimie et l'anorexie
- avec la présence d'au moins un des critères suivants à récurrence :
 - la peur de grossir
 - les efforts pour perdre du poids
 - le déni des problèmes alimentaires
 - les régimes non justifiés et inadaptés à répétition
 - l'ingestion rapide d'une grande quantité d'aliments
 - les vomissements provoqués
 - les variations importantes de poids
 - l'aménorrhée
 - le désintérêt sexuel
- en dehors des problèmes d'obésité, de pathologies néoplasiques, endocriniennes (diabète, dysthyroïdie), de troubles psychotiques.

Parmi les 107 MG éligibles au niveau national, 62 d'entre eux étaient encore en activité au moment de l'étude et 27 nous ont donné leur consentement.

De plus, dans une étude qualitative, la notion de représentativité statistique n'a pas de sens, elle est remplacée par la construction progressive de l'échantillon à la recherche d'une diversité. Ainsi nous avons contacté parmi les 27 MG ceux dont les caractéristiques étaient les plus diversifiées. C'est un échantillonnage de type raisonné.

La variation maximale était recherchée selon les caractéristiques suivantes des MG :

- l'âge
- le sexe
- la situation familiale
- la région d'exercice
- le lieu d'installation
- le mode d'exercice
- la date d'installation
- la date d'adhésion à la SFMG
- les formations

3.3 Méthode de recueil

Nous avons réalisé des entretiens individuels téléphoniques en raison d'un échantillon national (à la recherche d'une diversité). Ces entretiens sont équivalents aux entretiens en face à face¹⁷. Ils ont été réalisés par 3 interviewers : Prune Médina (P), Alexandrine Bonnigal (A) et Jean Sébastien Cadwallader (JS).

Les entretiens ont été nommés MG pour médecin généraliste associé à la lettre correspondant à l'initiale du prénom de l'investigateur ayant effectué l'interview. Un chiffre y a été associé représentant l'ordre chronologique de réalisation pour l'investigateur A et l'ordre de la liste des participants pour les deux autres investigateurs.

Ces entretiens étaient de type semi structurés réalisés à partir de questions ouvertes. L'interviewer a utilisé un guide d'entretien dont les thèmes n'ont pas forcément été abordés dans l'ordre. Chaque entretien a été enregistré avec l'accord de l'interviewé, puis retranscrit mot à mot pour constituer le verbatim. Celui-ci a été ensuite analysé. Nous avons modifié deux fois notre guide d'entretien au cours de l'étude.

3.4 Le guide initial d'entretien

Nous l'avons élaboré autour de la définition des TCA selon le DRC. Le médecin devait ensuite nous rapporter une situation rencontrée au cours de son exercice puis, nous donner son avis sur la place qu'il pense avoir, en général, dans la prise en charge des patients atteints de TCA. Le guide d'entretien initial est disponible en annexe 1.

3.5 L'analyse des données

Elle a été réalisée en 3 temps selon la « grounded theory » (ou théorie ancrée) présentée en 1967 par deux sociologues américains, Glaser et Strauss¹⁶. Premièrement, le codage ouvert a été réalisé à partir de l'analyse des verbatim et a permis la création d'un livre de codes. Puis, dans un second temps, le codage axial consistait à regrouper les différents codes ouverts en plusieurs catégories principales. Enfin, après la catégorisation, un encodage matriciel a été réalisé permettant la mise en lien des idées entre les différentes catégories et codes ouverts pour aboutir à la construction d'un modèle¹⁸. Nous nous sommes aidés du logiciel Nvivo10.

L'analyse des données a été réalisée par 3 personnes, en aveugle, pour chacun des verbatim, à la recherche de la triangulation. L'approche a été à la fois inductive avec la création de codes à partir des verbatim et listée puisque nous avons regardé à chaque nouvel entretien si les codes précédemment créés étaient présents. Pour l'ensemble de la catégorisation un travail constant de consensus a été réalisé. L'encodage matriciel sous Nvivo10 consistait à sélectionner les catégories les plus explicatives et les croiser entre elles afin de relever les idées structurant le modèle.

4 Résultats

Cinq grandes catégories ont émergé de l'analyse des verbatim : définition personnelle des TCA, situations diagnostiques, description des patients, perceptions de la prise en charge et du rôle des MG en général.

4.1 Entretiens et échantillon

Nous avons réalisé 19 entretiens téléphoniques sur une période d'environ cinq mois. Le premier entretien a eu lieu le 19 avril 2013 et le dernier le 3 septembre 2013. 9 entretiens ont été réalisés par P, 7 par A et 3 par JS. La durée moyenne des entretiens a été de 24 minutes, le plus court ayant duré 13 minutes contre 43 minutes pour le plus long.

Les principales caractéristiques des participants sont résumées dans le tableau ci dessous (tableau 1). Il y avait 89,46 % d'hommes. La moyenne d'âge était de 56,5 ans. Les médecins venaient de 11 régions différentes. La saturation des données a été atteinte avec 19 entretiens. Un tableau plus détaillé est disponible en annexe 2.

	Médecin (MG) n = 19
Age	56,5 (45 à 63)
Sexe	
Masculin	17 (89,47%)
Féminin	2 (10,53%)
Situation familiale	
Marié(e)	11 (57,89%)
Concubinage	1 (5,26%)
Divorcé(e)	3 (15,79%)
Célibataire	1 (5,26%)
Non renseigné	3 (15,79%)
Nombre d'enfants	2,6 (0 à 4)
Nombre d'enfants non renseigné	5 (26,32%)
Exercice	
Rural	7 (36,84%)
Semi rural	3 (15,79%)
Urbain	8 (42,11%)
Non renseigné	1 (5,26%)
Mode exercice	
Seul	6 (31,58%)
Groupe	13 (68,42%)
Région	
Ile de France	2 (10,53%)
Pays de la Loire	2 (10,53%)
Rhône-Alpes	2 (10,53%)
Poitou Charentes	3 (15,79%)
Bourgogne	4 (21,05%)
Bretagne	1 (5,26%)
Centre	1 (5,26%)
Champagne Ardennes	1 (5,26%)
Haute Normandie	1 (5,26%)
Lorraine	1 (5,26%)
Nord Pas de Calais	1 (5,26%)
Installation	
Moins de 10 ans	0 (0%)
10 à 20 ans	3 (15,79%)
Plus de 20 ans	15 (78,95%)
Non renseigné	1 (5,26%)
Adhésion SFMG	
Moins de 10 ans	1 (5,26%)
10 à 20 ans	12 (63,16%)
Plus de 20 ans	6 (31,58%)
Formations	
Hypnose	2 (10,53%)
Psychothérapie	5 (26,32%)

4.2 Définition personnelle des TCA par les médecins généralistes

Lorsqu'ils donnaient leur définition personnelle, certains MG faisaient référence aux critères du DSM tandis que d'autres avaient des critères plus personnels.

4.2.1 Difficultés dans la définition personnelle

Certains médecins ont rencontré des difficultés pour donner leur définition personnelle des TCA, pour d'autres, il semblait y avoir une confusion entre l'hyperphagie et la boulimie :

MG4A : « *Eh bien euh... c'est un peu compliqué... donc en fait...* »

MG1P : « *... Ben c'est clair que quand j'ai un patient qui fait 130 kilos, il a des troubles du comportement alimentaire !* »

4.2.2 Définition personnelle incluant les critères du DSM

Plusieurs médecins ont cité l'anorexie et la boulimie dans leur définition des TCA, l'excès et/ou la restriction alimentaire :

MG7A : « *...pour aller plus loin troubles du comportement alimentaire pour moi c'est surtout l'anorexie, la boulimie, ou l'alternance des deux, quoi.* »

MG1A : « *ma définition personnelle du trouble des comportements alimentaires... ce sont, hum, des anomalies ou des particularités entraînant des conséquences sinistres, péjoratives, sur, euh, sur la vie des patients, euh sur leur bien être, associés à, euh, des consommations excessives ou, ou insuffisantes d'aliments de toute nature.* »

Certains médecins ont cité le poids dans leur définition des TCA :

MG2JS : « *... je pense que c'est soit un patient qui a un problème avec son poids ou avec son image, que ce soit dans un sens d'excès ou dans un sens de manque.* »

Quelques médecins ont cité la perte de contrôle et l'image corporelle dans leur définition personnelle des TCA :

MG6P : « *... une perte de liberté dans le comportement alimentaire..* »

MG2JS : « *Donc je dirais que c'est un trouble soit de l'image qu'a le patient soit...* »

A l'inverse les notions de purge, de variations de poids et les formes sub-syndromiques n'ont été citées qu'une seule fois :

MG9P : « *... ou qu'on en a trop puis qu'on se fait vomir* »

MG3A : « *Après, euh... le, la deuxième chose, c'est les variations de poids ! Parce que très souvent on a des gens qui, des gens qui ont de grosses variations poids, c'est un signe vraiment.* »

MG4A : « *... cette espèce de phase, où on est peut-être dans une phase de pré-anorexie et qui peuvent ensuite ben, peut-être, régler des problèmes et ne pas rentrer dans cette phase d'anorexie, quoi.* »

4.2.3 Définition personnelle incluant des critères différents du DSM

Nombreux étaient les médecins à avoir cité dans leur définition personnelle des TCA le rapport pathologique à la nourriture, le TCA comme symptôme de mal-être et les conséquences néfastes sur l'individu :

MG2A : « *euh, ce sont des comportements répétitifs, déviants par rapport à un mode alimentaire normal...* »

MG3P : « *c'est la révélation de quelque chose qui ...la révélation de quelque chose qui ne va pas bien* »

MG1A : « *...ce sont, hum, des anomalies ou des particularités entraînant des conséquences sinistres, péjoratives, sur, euh, sur la vie des patients, euh sur leur bien-être...* »

Certains médecins ont identifié le TCA comme étant un « trouble mental », d'autres ont inclus l'addiction ou la notion d'étiologie dans leur définition :

MG5A : « *l'anorexie est un trouble mental euh... profond...* »

MG6P : « *C'est une addiction mais euh..* »

MG3A : « *Le fait qu'il y ait un trouble du comportement alimentaire, c'est pas compliqué soit c'est organique soit c'est psychologique...* »

A contrario, les notions de révélation d'une anxiété, de diagnostics différentiels, de symptômes somatiques et de femmes jeunes n'ont été abordées qu'une seule fois :

MG7A : « *Pour moi c'est l'expression d'une angoisse, d'une anxiété !* »

MG3A : « *...il y a toute une éducation à refaire, c'est pas un trouble du comportement. C'est une éducation !* »

MG4A : « *alors j'essaye de resituer l'histoire euh... je pense qu'elle a consulté pour ses troubles digestifs* »

MG4A : « *ça va être un certain nombre de personnes, je dirais peut-être, dans mon expérience plus souvent des jeunes filles ou des jeunes femmes, euh... qui vont exprimer des symptômes...* »

4.3 Situations diagnostiques

Lors de la description d'une situation de TCA rencontrée dans leur pratique, certains médecins ont fait référence aux critères du DSM tandis que d'autres avaient des critères plus personnels.

4.3.1 Diagnostic face aux critères du DSM

De nombreux médecins ont évoqué le diagnostic de TCA devant une perte de poids majeure, devant des apports compulsifs ou face à des conduites de purge :

MG6A : « *en fait c'est un diagnostic que j'avais évoqué et devant... enfin il y avait un amaigrissement important...* »

MG6P : « *donc il y avait effectivement euh... cette notion d'ingestion rapide d'aliments* »

MG5P : « *oui, oui, des phases compulsives et effectivement donc elle, euh... entre guillemets qu'elle gérait par les vomissements* »

Quelques médecins ont parlé des variations de poids, de restriction alimentaire, de préoccupation corporelle majeure ou de forme sub-syndromique :

MG7P : « *vous avez des passages de boulimie avec des prises de poids de 30 kilos...* »

MG9P : « *elle mangeait très peu, elle sautait des repas, euh, c'est euh, plutôt du picorage qu'autre chose* »

MG3P : « *il y avait essentiellement euh... la peur de prendre du poids* »

MG4A : « *je pense qu'elle avait perdu quand même quelques kilos. Mais euh... bon on restait dans un IMC qui était en tous cas, je pense, à la limite des 20* »

Quelques médecins ont évoqué directement les critères du DSM au moment du diagnostic :

MG2A : « *oh bah moi, j'avais les critères complets, de, d'anorexie mentale du DSM* »

4.3.2 Diagnostic sur des critères personnels

De nombreux médecins ont été alertés par l'entourage du patient :

MG7A : « *Le fait que son père m'appelle, raclement de gorge, pour me signaler les*

comportements de vomissements et de euh... ouais, des comportements de vomissements, euh... pour moi ça a confirmé ce que je craignais quoi ! »

Certains médecins ont évoqué des signes d'alarme tels qu'un rapport particulier à la nourriture, une pratique sportive intensive, des plaintes digestives :

MG4A : *« Mais il faut sans doute être attentif un petit peu à les, à évoquer avec elle, ben que peut-être que les symptômes ne sont pas liés à un dysfonctionnement de l'appareil digestif mais plutôt à un rapport à l'alimentation »*

MG7A : *« comme elle était sportive intense, euh... bon pour moi cela avait mis une alerte dans ma tête. »*

MG1P : *« Et euh, d'elle je me souviens beaucoup de consultations pour douleurs abdominales. »*

L'augmentation de la fréquence des consultations, un contexte inhabituel et la surveillance régulière du poids dans le cadre du dépistage n'ont été évoqués qu'une seule fois :

MG9P : *« c'est vrai que j'avais, enfin, je sais que quand on voit des ados à fréquence anormale pour des motifs qui ne semblent pas non plus euh forcément euh importants, il faut avoir une sonnette d'alarme dans la tête. »*

MG5P : *« Mon diagnostic, j'avais été surpris parce qu'effectivement, c'étaient pas les circonstances euh... plus classique de la présentation de cette maladie. »*

MG10JS : *« prise systématique, c'est à dire une attention par rapport au poids, hein. Je fais attention à ce que le poids des patients, c'est quelque chose d'important ! »*

4.3.3 Confirmation du diagnostic

Plusieurs médecins pratiquaient des examens afin d'éliminer les diagnostics différentiels :

MG9P : *« J'ai fait des bilans, c'est à dire que j'ai regardé, on a fait une échographie abdo, y avait une histoire de constipation. Donc on a quand même été chercher quelque chose mais euh, de là à poser vraiment le, les histoires de d'anorexie, non. »*

Tandis que d'autres médecins ont été confortés dans leur diagnostic par l'avis d'un spécialiste :

MG9P : *« En tous cas, il a pas été remis en cause quoi, quand je l'ai envoyé chez la, dans les consults de psychiatrie. J'ai eu l'infirmière que je connaissais, qui était, qui l'a prise en charge. Elle a pas dit que c'était pas justifié, quoi. »*

4.3.4 Ressenti suite au diagnostic

Pour beaucoup de médecins le diagnostic était antérieur au suivi ou a été évident à poser ou défini comme « bon » :

MG1P : *« elle avait des troubles des conduites alimentaires avant que je ne la suive. »*

MG3A : *« bon, c'est quand même le nez au milieu de la figure quoi ! »*

MG8P : *« ben il était juste hein ! »*

A l'inverse certains médecins ont trouvé le diagnostic difficile à poser :

MG7P : *« Mon résultat de consultation parce que diagnostic c'est beaucoup dire, mais euh... ben que c'est pas si facile que ça à poser, hein, c'est, à posteriori bien sûr, tout paraît simple »*

Peu de médecins ont évoqué un diagnostic rapide ou le fait que le suivi longitudinal facilitait le diagnostic :

MG6A : « Enfin le diagnostic que j'avais évoqué dès le départ s'est d'ailleurs rapidement confirmé ! »

MG10JS : « après c'est aussi la pratique de la médecine de famille... le diagnostic par rapport à cette patiente est éclairé de ce que je connais de sa famille. »

4.4 Description des patients

4.4.1 Description objective, critères organiques

Tous les praticiens nous ont présenté des patients de sexe féminin, une majorité d'adolescentes avec, pour la plupart, une pathologie stabilisée au moment de l'interview :

MG2A : « Elle avait 13 ans oui au départ. »

MG3P : « une jeune fille qui a 30 ans maintenant et qui va bien. »

Plusieurs médecins nous ont présenté des patients ayant des apports en excès, ou au contraire restreints, voir variables :

MG1A : « elle allait s'acheter des gâteaux, elle bouffait ses gâteaux dans la voiture, elle torchait son, deux paquets de gâteaux avant d'être rentrée à la maison »

MG9P : « la patiente consomme autant que les gamins de 6 ans que la maman garde »

MG1A : « les variations d'alimentation sont en rapport avec des phases d'hyperactivité et puis après ça il y a des phases de repli où ils se mettent à bouffer comme des perdus. »

De nombreux médecins ont évoqué le poids ou l'IMC de leur patient :

MG7A : « moi j'avais déjà noté un IMC euh... aux alentours de 18 »

MG3P : « C'est une personne, c'est une jeune femme qui n'était pas en insuffisance de poids mais qui était quand même limite, hein. Euh... qui était, qui était avec un IMC limite. »

MG1A : « elle fait des pertes de poids et elle fait des reprises de poids à roulette. »

Certains nous ont parlé de différentes conduites compensatoires :

MG5P : « Oui, oui, oui, des phases compulsives et effectivement donc elle euh... entre guillemets qu'elle gérait par les vomissements. »

MG1P : « Oui elle a consommé, oui elle a consommé des laxatifs. »

MG3P : « ...elle s'est mise à acheter des tas de produits, des machins, les rayons diététiques, brûleurs de graisses, les machins qui brûlent les graisses.... »

Tandis que la plupart n'avaient pas suspecté de prise de laxatifs :

MG3A : « Laxatifs, non je ne pense pas ! »

Quelques médecins ont évoqué des symptômes somatiques initiaux, une aménorrhée, des complications du TCA :

MG3A : « Euh... d'une gamine euh... qui est venue, pour quoi, des troubles vraiment, des céphalées, des maux de tête. »

MG3P : « Et euh... ceci dit elle avait une aménorrhée... »

MG10JS : « D'une manière générale ben bon c'est devenu une diabétique vasculaire quoi donc la totale quoi! »

4.4.2 Description objective, critères psychologiques

De nombreux médecins ont identifié un événement de vie ayant favorisé le déclenchement du TCA :

MG2A : « ça avait fait suite à une décision de régime, une décision qui avait été prise suite à des, à des remarques qui lui avaient été faites à l'époque à l'école. »

Plusieurs médecins nous ont décrit des patients dont le mal-être était antérieur au TCA, alors que d'autres ont décrit un mal-être contemporain du TCA :

MG3P : « *Il y avait des troubles du comportement alimentaire qui pour moi étaient la révélation d'une souffrance profonde qui, qui arrivaient, qui étaient, enfin figés sur un autre terrain. Et qui était dans son histoire de vie, dans son histoire parentale* »

MG5P : « *... dans ce cadre un petit peu secondaire donc euh..., donc en discutant avec elle, on avait pas retrouvé franchement d'anorexie à l'adolescence quoi.* »

La majorité des médecins ont décrit les patients comme étant anxieux, un seul médecin n'avait pas relevé d'anxiété :

MG2P : « *Euh... c'est quand même probablement oui c'est quelqu'un de globalement anxieux oui* »

MG9P : « *... Mais, je, j'ai pas noté d'anxiété.* »

La plupart des médecins ont relevé un état dépressif chez les patients, tandis que d'autres ne l'avaient pas suspecté :

MG1P : « *il y avait des problèmes de dépression affichée oui !* »

MG6A : « *Euh... non, non ! Euh... non, non, il n'y a jamais eu de, de, disons de symptômes ou de syndrome dépressif caractérisé.* »

De nombreux praticiens ont évoqué des difficultés relationnelles avec l'entourage :

MG2JS : « *il y avait une relation conflictuelle avec la mère euh... et on sous-entendait bien en dessous qu'il se passait des choses et en fait euh...* »

Certains médecins ont parlé de conduites addictives associées :

MG3P : « *Quelque chose d'excessif dans l'activité physique.* »

Quelques médecins ont décrit des troubles comportementaux en rapport avec l'alimentation :

MG9P : « *en approfondissant euh, on s'aperçoit qu'elle a du mal à rester à table* »

MG9P : « *il y a un tri dans l'alimentation, en refusant tout ce qui est gras...* »

4.4.3 Description subjective des patients

La majorité des médecins ont fait une description physique des patients :

MG3A : « *Et cette gamine était absolument ravissante avec un gros pull à col roulé* »

Les traits de personnalité ont également souvent été évoqués :

MG1P : « *ces patientes là qui ont euh... un psychisme très particulier, sont des patientes difficiles à gérer et que, euh... elles manipulent énormément...* »

4.4.4 Entourage

La majorité des médecins ont parlé de patients qui évoluaient dans un contexte familial difficile :

MG4P : « *Parce qu'il y a des troubles psychologiques qui remontent à l'enfance avec une maltraitance au niveau de la mère et du père.* »

Cependant, c'était souvent l'entourage qui motivait la prise en charge initiale et aidait au maintien du suivi :

MG2A : « *Euh, elle m'a été amenée par la maman parce que la maman avait constaté...* »

MG2A : « *De temps en temps, la mère la force à venir me voir pour parler.* »

Plusieurs praticiens ont trouvé que l'entourage sous estimait la gravité de la situation :
MG7A : « *et euh... la mère minimisait aussi la prise en charge. Enfin l'importance du symptôme !* »

4.4.5 Réaction des patients

De nombreux médecins ont évoqué le déni des patients ou un refus de prise en charge :
MG7A : « *Et puis euh... voilà ! Donc j'ai essayé d'en discuter avec la gamine qui a eu une négation totale, enfin qui a complètement nié quoi !* »

MG3A : « *Les gens peuvent bien savoir que le trouble existe et c'est pas pour autant qu'ils arrivent à se mettre en route* »

Quelques praticiens doutaient de l'observance thérapeutique des patients :
MG2A : « *Et puis de toute façon je pense que les médicaments partaient dans les toilettes et elle les prenait pas.* »

Plusieurs médecins ont décrit des patients acceptant le suivi au fil du temps :
MG5P : « *et donc on en a évoqué le problème ensemble et euh... petit à petit effectivement elle a accepté une prise en charge par rapport à ça.* »

4.4.6 Perception de la prévalence

Quelques médecins pensaient que les TCA étaient peu fréquents en MG :
MG2JS : « *J'ai regardé justement avant que vous veniez c'est quelque chose qui est très rare. Il y a des années où on n'en relève pas du tout. Je crois que sur les 4 dernières années j'ai dû en relever 2 ou 3 fois à tout casser.* »

Quelques médecins n'avaient pas souvenir de situations où ils auraient fait eux même le diagnostic :
MG6P : « *Mais sinon, j'ai jamais euh... j'ai jamais été confronté en tant que médecin euh... à des problèmes d'anorexie-boulimie vraiment euh... organisés je dirais.* »

Un médecin ne se souvenait pas avoir codé TCA :
MG6P : « *Parce que je n'ai pas de souvenirs de ça. Euh... alors peut-être qu'il y a un truc... euh... à oui alors c'est bête, ... parce que, moi je me souviens pas.* »

Un médecin pensait avoir plus de patients boulimiques que d'anorexiques :
MG6P : « *là je parlais surtout d'anorexie hein, euh... en terme de boulimie on voit beaucoup plus souvent* »

4.5 Perception de leur prise en charge

4.5.1 Leur ressenti

4.5.1.1 Ressenti négatif concernant la prise en charge

De nombreux médecins ont décrit la prise en charge des patients atteints de TCA comme étant difficile, longue :

MG4P : « *c'est surtout un trouble psychologique intense donc, euh, c'est difficile à prendre en charge* »

MG7P : « *comme toutes ces pathologies chroniques, il y a aussi lassitude du soignant qui peut se faire jour* »

Beaucoup de médecins ont exprimé un sentiment d'impuissance, certains même, un sentiment d'inutilité :

MG1A : « *c'est des gens qui sont inscrits, qui sont suivis et en fait pour lesquels on n'a peut être pu apporter un, un minimum de confort mais on n'a jamais réussi à normaliser leur, leur vie.* »

MG7A : « *Ben je dirais, enfin... euh... pour moi les anorexiques, je suis en grande difficulté donc je ne sais pas si j'ai une place...* »

Un médecin pensait manquer de temps pour prendre en charge ces patients:

MG4P : « *Après le problème c'est qu'on court tous après le temps euh...* ».

Un médecin semblait douter de ses compétences :

MG2JS : « *on n'est pas forcément bien armé. Donc je dirais que le premier sentiment que je dirais c'est la sensation de malaise. Euh... sensation probablement de euh... faible compétence, je dirais.* »

Quelques médecins étaient insatisfaits de leur prise en charge :

MG2JS : « *elle a été particulièrement pas bonne. Dans ce sens, tout d'abord, qu'elle n'a pas duré. Manifestement la réponse n'a pas été appropriée euh... et donc la prise en charge n'a pas été construite...* »

4.5.1.2 Ressenti positif concernant leur prise en charge

Quelques médecins nous ont parlé de la confiance de leur patient :

MG4P : « *Je pense qu'elle a une confiance importante avec le rapport avec le médecin généraliste* »

Certains médecins s'estimaient plutôt satisfaits de leur prise en charge :

MG1P : « *Je pense que, il est possible de faire mieux et il est possible de faire beaucoup pire.* »

4.5.1.3 Relation médecin patient après diagnostic

Beaucoup de médecins avaient le sentiment que l'annonce du diagnostic avait amélioré leur relation avec le patient, un médecin avait le sentiment, au contraire, que l'annonce du diagnostic avait dégradé sa relation avec le patient:

MG3P : « *Ah oui ! Oui, oui. Ça a été libérateur. Ça été libérateur.* »

MG8P : « *Elle m'a quitté... je ne la vois plus du tout. J'ai des nouvelles puisque je continue de soigner d'autres membres de sa famille...* »

Pour beaucoup de médecins, l'annonce du diagnostic n'avait pas changé la relation :

MG1A : « *est ce que le fait d'avoir le diagnostic ça a changé les relations avec cette patiente, pour moi non, je ne pense pas.* »

4.5.2 Le parcours de soin

Beaucoup de médecins se sont présentés comme étant les médecins de familles des patients :

MG4A : « *Oui, oui je la connaissais bien et je connaissais la famille aussi, hein* »

La plupart des médecins ont eu recours à une prise en charge pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, groupes de parole...) :

MG2JS : « *Je pense que les anorexiques euh... ça doit être au minimum pluridisciplinaire. Je pense que c'est clairement pas raisonnable de prendre en charge tout seul une patiente anorexique.* »

La plupart des médecins ont orienté leur patient vers un spécialiste, certains d'entre eux précisait avoir eu recours aux spécialistes en présence de critères de gravité :

MG7A : « *Donc j'ai dit à la mère que, que la gamine nécessitait un suivi, que moi je n'étais pas apte à l'effectuer...* »

MG6A : « *ça nécessitait vraiment un euh... prise en charge spécialisée pour laquelle j'avais, enfin, qui ne relève pas de la médecine générale et qui nécessitait une prise en charge intensive. Donc euh... à la fois sur le plan de l'intensité des troubles et de la nécessité d'une prise en charge très fréquente et rapprochée. Euh... c'était pas dans le domaine de la médecine générale.*

Au contraire, pour les formes sub-syndromiques, un médecin pensait que le recours au spécialiste n'était pas nécessaire :

MG4A : « *Par contre celles qui sont un peu dans cette phase, on va dire, pré-syndromique comme vous l'appellez, euh... là, je pense que c'est vraiment euh... c'est vraiment nous qui allons être en première ligne* »

Beaucoup de médecins ont déclaré avoir suivi le patient conjointement avec le spécialiste :

MG2A : « *on l'a prise en charge de façon conjointe avec les pédopsychiatres* »

A l'inverse, quelques médecins ont déclaré que le patient était suivi uniquement par le spécialiste :

MG1A : « *...quand on confie nos patients à ce genre de service y a toute une procédure qui se met en route et je pense qu'on perd la main.* »

Plusieurs médecins nous ont dit avoir adressé le patient en hospitalisation devant la présence de critères de gravité :

MG1P : « *à un moment parce que ça a commencé à devenir en terme, dangereux, en terme de santé. Elle a été hospitalisée* »

Quelques médecins nous ont fait part de leurs difficultés pour accéder aux structures spécialisées :

MG5P : « *Après le problème c'est qu'on court tous après le temps euh... que euh... et que les structures d'intervention ont, sont pas faciles à trouver et à mobiliser* »

4.5.3 Description de leur prise en charge

Beaucoup de médecins nous ont dit prendre en charge leurs patients au moyen d'une psychothérapie :

MG1P : « *J'ai pris en charge en psychothérapie des anorexiques... ça sert à rien de euh... gaver une anorexique euh... c'est pas ça qui va la guérir* »

De nombreux médecins ont exprimé leur souhait d'informer le patient sur sa pathologie :

MG4A : « *Mais il faut sans doute être attentif un petit peu à les, à évoquer avec elle, ben que peut-être que les symptômes ne sont pas liés à un dysfonctionnement de l'appareil digestif mais plutôt à un rapport à l'alimentation et peut-être aussi un trouble psychologique qui*

pourrait évoluer vers une vraie anorexie ultérieurement quoi. »

Un médecin a estimé que sa prise en charge avait permis d'améliorer le dialogue intrafamilial :

MG9P : *« On a fait des choses qui ont mis, là aussi, qui ont fait une sorte d'électrochoc qui du coup, font que le, le, le dialogue dans la famille a certainement évolué aussi. »*

Un autre réalisait même des entretiens familiaux :

MG2A : *« j'ai aussi eu des entretiens avec la famille. »*

Quelques médecins, au contraire, face au conflit familial préféraient exclure les parents :

MG1JS : *« proposer très vite à la maman de sortir et ça a été compliqué pour que la maman sorte. »*

Beaucoup de médecins ont décrit leur prise en charge comme étant prudente, non agressive :

MG9P : *« ...pas non plus le la brusquer ou lui poser de problème quoi; et là aussi pour qu'il n'y ait pas une situation de rejet qui fait que euh, elle vienne plus consulter »*

A l'inverse, quelques médecins pensaient qu'une prise en charge ferme aboutissait à de meilleurs résultats :

MG3A : *« ... on a peut-être un peu trop tendance à les, à pas les, je pense qu'il faut être très ferme, il faut mettre un cadre rapidement...Voilà, je crois que le fait de poser un cadre et d'être comme ça je crois qu'on les aide pas mal. »*

Certains ont même établi un contrat avec le patient :

MG5A : *« Eh ben ma prise en charge j'ai proposé de, de la revoir, un mois après et de la voir tous les mois jusqu'à ce que euh... son poids revienne à un taux acceptable. C'est un deal qu'on a passé !*

Certains médecins estimaient que la prise en charge avait débuté uniquement quand le patient en avait émis le souhait :

MG3P : *« je lui ai dit, je pense que je n'aurais pas pu t'aborder avant. « Ben non, je ne vous aurais pas laissé venir ! ». Voilà ! Euh... elle ne se serait pas laissée approcher. Donc je pense que si je n'y allais pas avant c'est qu'elle ne se laissait pas approcher non plus. »*

Certains médecins nous ont affirmé que la fréquence du suivi avait été déterminée par le patient :

MG6A : *« Au début je la voyais de façon assez rapprochée, tous les mois, maintenant je continue à la suivre et en fait c'est elle qui détermine maintenant les moments où elle vient me voir. Je dois la voir en moyenne à peu près tous les 2 mois. »*

D'autres, eux, définissaient la fréquence du suivi en fonction de la gravité de la situation :

MG2A : *« Je l'ai suivi de façon quand même assez rapprochée parce qu'à une période elle avait, elle était quand même assez préoccupante, hein, parce que son IMC était descendu très bas. »*

Plusieurs médecins utilisaient le poids dans leur surveillance de l'évolution de la pathologie :

MG5A : *« Eh ben ma prise en charge j'ai proposé de, de la revoir, un mois après et de la voir tous les mois jusqu'à ce que euh... son poids revienne à un taux acceptable. C'est un deal*

qu'on a passé ! »

Pour beaucoup, l'IMC était considéré comme un critère de gravité :

MG2A : *« Euh, et puis, bon, ça marchait pas et j'ai fini par l'adresser à, à l'hôpital parce que son IMC dégringolait et qu'elle en était arrivée à un IMC de, de l'ordre de 15 quoi. »*

Le retour à un IMC normal, faisait partie, pour de nombreux praticiens, des critères de guérison :

MG5A : *« ...elle a repris du poids euh... et voilà. Donc là, on considère, voilà, elle est sortie du truc, elle a repris du poids. Quand on la voit, elle est bien !... »*

Parmi les autres critères de guérison énumérés, on retrouve la reprise d'une activité sportive, le retour des règles, l'intégration sociale et l'arrêt de la purge.

Certains médecins ont dit avoir perdu le contact avec leur patient :

MG7A : *« Pour l'instant je ne la vois plus du tout ! »*

4.5.4 Prise en charge médicamenteuse

Certains médecins disaient avoir eu recours aux médicaments psychotropes :

MG1P : *« et puis il y a eu une période où je l'avais mis sous antidépresseurs euh... c'était un... c'était un IRS et après ça... »*

Certains médecins ont poursuivi les médicaments psychotropes prescrits par les spécialistes :

MG2A : *« ... à l'hôpital elle avait été mise sous Atarax et antidépresseurs. »*

D'autres médecins n'ont pas eu recours aux médicaments dans leur prise en charge :

MG4A : *« Euh... non... alors est-ce que j'ai prescrit des médicaments ? Euh... alors... je ne pense pas non. Je ne crois pas ! »*

4.6 Perception du rôle en général

4.6.1 Attitude en cas de suspicion diagnostique

La majorité des médecins évoquait le sujet avec les patients en cas de suspicion de TCA :

MG4A : *« je vais pas le garder longtemps que dans mon dossier médical. Je vais quand même le, le, l'exprimer un moment quoi, en fait. »*

Cependant quelques médecins attendaient d'avoir plus de certitudes avant d'évoquer le diagnostic :

MG7P : *« Donc c'est vrai que souvent euh... bon, quand j'ai une suspicion je le mets dans le logiciel... et puis si ça se confirme euh... si j'en fais part au bout d'un certain temps oui »*

4.6.2 Prévention primaire et dépistage :

De nombreux médecins ont parlé de leur place dans le dépistage des TCA :

MG5A : *« Et puis deuxièmement dépistage! Dépistage précoce dans la population privilégiée, je dirais brut de décoffrage comme ça les ados, les filles ados euh... je trouve que l'examen de sport qui sert à rien en septembre est très pratique pour ça! »*

Quelques médecins ont évoqué le rôle de prévention, de premier recours :

MG10JS : *« Je crois que c'est vraiment important dans un truc de prévention, le dépistage de*

prévention d'abord, de faire attention à son poids. Bon, c'est un indicateur, on se coiffe, on se pèse, on se lave les dents, c'est de la prévention. C'est aussi du dépistage, donc ça c'est des places importantes et puis du coup ça s'articule avec des soins. »

MG4P : *« Ben je pense que c'est souvent le médecin généraliste qui a la première place. »*

4.6.3 Coordination des soins

La plupart des médecins ont parlé du rôle d'orientation des patients :

MG6P : *« Voilà, je dirais surtout une place de dépistage, et euh... et puis voilà, et puis savoir euh... savoir passer la main dans ce que euh... les choses s'aggravent. »*

Quelques médecins ont dit avoir un rôle de coordination :

MG10JS : *« Il y a un rôle de coordination, non ? Il est de mise en relation ! De mise en relation et de garder le lien, de garder la relation... de relation avec le patient et de travailler ça et de continuer à peser, de continuer à suivre, des objectifs, enfin des choses comme ça. Mais de, tuyauter un petit peu d'organiser. »*

4.6.4 La prise en charge

Plusieurs praticiens ont décrit un rôle de suivi, de surveillance :

MG6A : *« On a un rôle surtout après les périodes les plus critiques dans le cadre d'un suivi, hein ? ! C'est plus que dans les périodes au début où il y a à la fois les troubles psychiques et les troubles métaboliques secondaires à prendre en charge, là ça relève plus de, ça relève de spécialistes, d'autres spécialistes et euh... le par contre le suivi, comme il vous est décrit par, pour la première patiente dont je vous ai parlé, ben ça me semble rentrer tout naturellement dans le rôle du médecin généraliste. »*

Plusieurs médecins ont évoqué l'écoute pour aider les patients :

MG3P : *« Ce sont surtout des gens qui ont besoin éventuellement que je, elle avait surtout besoin que je sois présente, que je sois disponible au moment où elle en avait besoin éventuellement pour pouvoir parler, s'exprimer même si c'était pas sur la profondeur de son histoire. Mais pour pouvoir avoir une écoute ! »*

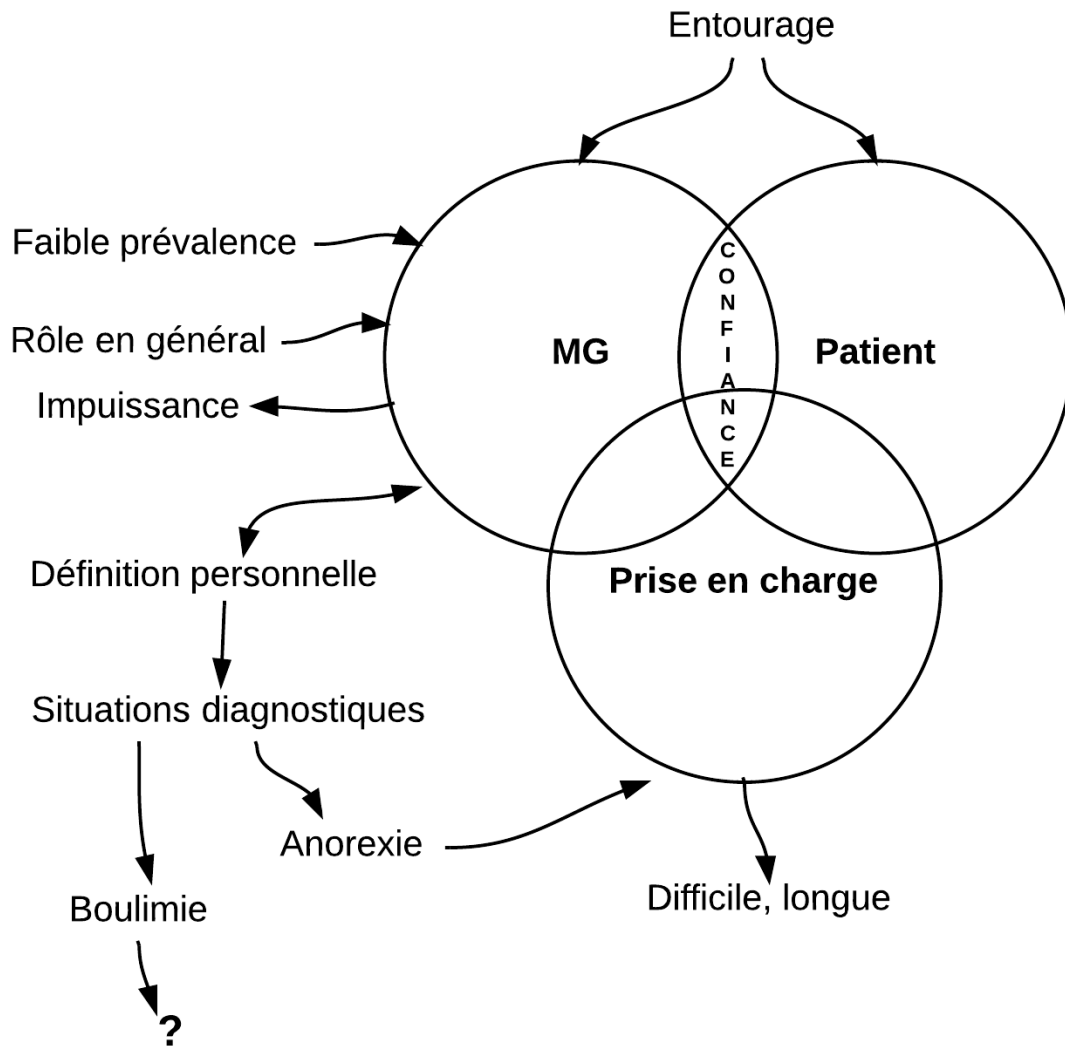
Cependant, peu de médecins ont jugé leur rôle important et un médecin a évoqué le fait que d'après les spécialistes leur rôle serait insuffisant :

MG1JS : *« En général ? Je pense qu'on a une place euh... importante »*

MG8P : *« il y a quelques temps, on avait reçu de la part du chef de service de nutrition, hein, sensibilisation, une réunion de sensibilisation sur les troubles des conduites alimentaires qu'ils considéraient comme étant sous-diagnostiqués et euh... avec une prise en charge insuffisante en médecine de ville donc si je me réfère à ça, sans doute que c'est insuffisant. »*

4.7 Construction d'un modèle

L'analyse matricielle, réalisée avec l'aide du logiciel Nvivo10 nous a permis de construire un modèle. En effet, nous avons essayé de réaliser certaines équations matricielles en croisant les catégories entre elles, ou avec des codes ouverts ou avec les caractéristiques des participants. Ceci dans le but d'établir des associations entre certains codes et de donner un sens commun à l'analyse de l'ensemble des verbatim. Le modèle obtenu est reproduit ci-dessous (figure 1).



La prise en charge des patients atteints de TCA en soins primaires est étroitement liée aux deux protagonistes, unis par une relation de confiance, que sont le MG et le patient. L'entourage, bien que présentant fréquemment un dysfonctionnement, joue également un rôle important. En interagissant avec le MG et le patient, il est souvent à l'origine de la prise en charge. De plus, lors de l'analyse matricielle, en croisant la sous catégorie « entourage » avec la sous catégorie « ressenti négatif », il n'y avait pas d'association. L'entourage semble plutôt jouer un rôle bénéfique dans cette pathologie.

De nombreux facteurs agissent sur le MG et influencent sa prise en charge. En effet, la faible prévalence, le rôle perçu, la définition personnelle difficile et les caractéristiques propres du patient (personnalité complexe, dans le déni...) semblent être à l'origine du sentiment d'impuissance ressenti par les MG. Ces facteurs paraissent aussi jouer un rôle majeur dans la perception de la prise en charge par le MG ressentie comme difficile et longue. Lors de l'analyse matricielle, nous avons croisé les codes « déni du patient/refus de la prise en charge » avec les sentiments de difficulté, d'impuissance, d'inutilité, d'évolution longue. Nous avons alors retrouvé une tendance entre les deux premiers sentiments énoncés et l'attitude du patient. Parallèlement nous avons regardé s'il existait un lien entre l'âge et le lieu d'exercice des praticiens et la difficulté de prise en charge. Il semble que ce sentiment soit partagé par les MG indépendamment de leur lieu d'exercice et de leur âge.

La difficulté des MG pour donner leur définition personnelle des TCA est probablement à l'origine des difficultés diagnostiques. Cependant dans ce cas, l'analyse matricielle n'a pas apporté de résultats probants.

Enfin, les patients présentés étaient tous des patients anorexiques, nous pouvons alors nous interroger sur le devenir des patients boulimiques.

5 Discussion

5.1 Reprise des principaux résultats et comparaison avec la littérature

5.1.1 La définition personnelle et les situations diagnostiques

Certains MG ont utilisé des critères du DSM dans leur définition personnelle en citant : l'anorexie, la boulimie, l'excès ou la restriction alimentaire, le poids, la purge, et les formes sub-syndromiques. Pour d'autres, les critères utilisés étaient plus personnels tels que le rapport pathologique à la nourriture, les conséquences néfastes, l'expression d'un mal-être ou d'une anxiété, les notions de trouble mental, d'addiction, d'étiologie, de diagnostics différentiels, de plaintes somatiques et de femmes jeunes.

Ces différences avec le DSM et la difficulté souvent ressentie par les MG pour donner leur définition pourraient être à l'origine de leur difficulté à diagnostiquer précocement les TCA. Cependant, il est possible que ces différences puissent être utiles en pratique. Pour pallier à leur difficulté de diagnostic, il pourrait être envisagé, comme décrit dans la littérature ¹⁹ des formations qui permettraient d'augmenter l'intérêt des MG concernant cette pathologie. Cette étude en effet, a démontré que lorsque les étudiants en médecine participaient à des formations sur le thème des TCA, ils se sentaient à la fois plus intéressés et plus compétents dans leur diagnostic et leur prise en charge. Des formations centrées autour de la compétence de gestion des maladies chroniques sont à généraliser.

Dans leur présentation d'une situation rencontrée au cours de leur pratique, certains médecins ont utilisé des critères proches du DSM tels que : la perte de poids importante, des apports compulsifs, des conduites de purge, des restrictions alimentaires, une préoccupation corporelle majeure ou des formes sub-syndromiques. Tandis que d'autres ont utilisé des critères plus personnels.

En effet, beaucoup, comme décrit dans la littérature ^{2 20}, ont pu donner leur diagnostic grâce au signalement de l'entourage. Par contre, quelques médecins seulement, ont été alertés par une pratique sportive intensive, des plaintes digestives variées et un médecin uniquement a évoqué le dépistage par la surveillance systématique du poids alors même que ce sont des critères importants du repérage des patients anorexiques selon les recommandations de la HAS ². D'autres ont reconnu des signes d'alarme tels que le rapport particulier à la nourriture. Un seul médecin a évoqué, comme décrit dans la littérature ⁹, le diagnostic face à une augmentation de la fréquence des consultations.

Certains médecins ont eu recours à des examens complémentaires pour éliminer des diagnostics différentiels tandis que d'autres ont demandé l'avis d'un spécialiste pour confirmer leur diagnostic. Cependant, le ressenti des médecins généralistes interrogés concernant leur diagnostic était plutôt positif. Certains qualifiaient leur diagnostic d'évident, de bon, de rapide ou de facilité par le suivi longitudinal. Ce ressenti globalement positif du diagnostic n'est pas concordant avec les données de la littérature. En effet, deux études

récentes ont mis en évidence les difficultés des MG pour poser leur diagnostic^{20 21}. Dans la première les raisons avancées par les MG pour expliquer cette difficulté étaient variées : l'absence de plainte du patient, la faible prévalence, le fait que cette pathologie soit souvent intriquée avec d'autres maladies psychiatriques. Dans la seconde, les MG exprimaient le sentiment que cela ne faisait pas partie de leur rôle d'autant plus qu'ils se sentaient incompétents pour prendre en charge ces patients par la suite.

5.1.2 Description des patients

Dans les descriptions objectives des critères organiques, on retrouve une nette concordance avec la littérature^{2 3} : descriptions de femmes jeunes ayant des apports restreints ou en excès avec des conduites compensatoires (purge, laxatifs, médicaments « brûleurs de graisses ») ainsi que des plaintes somatiques initiales, une aménorrhée ou des complications du TCA. Par contre, la plupart des patientes présentées avaient une pathologie stabilisée, voir même guérie au moment de l'interview, cela ne concorde pas avec les données de la littérature qui parlent de chronicité, d'aggravation...^{2 3 4 5 6 7}

Dans les descriptions objectives des critères psychologiques, on retrouve comme décrit dans la littérature²⁰, une association fréquente du TCA avec une anxiété et/ou une dépression. Les explorations dans ce domaine seront sans doute à envisager (nous y reviendrons ultérieurement). Les notions déjà décrites^{22 23} de mal-être antérieur au TCA, de troubles relationnels avec l'entourage ou d'évènement déclenchant ont été mises en évidence par les MG ainsi que celles d'addictions associées ou de troubles du comportement en rapport avec l'alimentation.

Les descriptions subjectives des patients ont révélé des traits physiques plutôt positifs (« jolie, ravissante ») tandis que la personnalité des patients paraissait extrêmement complexe, difficile (« psychisme particulier »).

La présentation de l'entourage, avec un dysfonctionnement mais aussi un rôle fondamental dans la prise en charge est concordante avec la littérature^{20 23}. Ainsi le MG qui connaît toute la famille devient un atout important de la prise en charge.

La réaction du patient face au diagnostic semble concorder avec la littérature pour ce qui est du déni et du refus de la prise en charge²⁰. Une étude, réalisée au Royaume Uni, a démontré que ce déni était étroitement lié à la difficulté de prise en charge ressentie par les MG car responsable d'une importante augmentation de temps, de travail et d'énergie à consacrer à ces patients. Ceci a été clairement illustré par l'un des MG que nous avons interviewé (MG10JS : « ... *et pour les boulimiques, se protéger, parce qu'on peut être gobés* »).

Les notions de doute sur l'observance thérapeutique et d'acceptation de la prise en charge au fil du temps n'ont pas été retrouvées dans la littérature.

La description des patients atteints de TCA au sein de la patientèle semble concorder avec la littérature avec une faible prévalence en médecine générale^{10 20}. Un médecin a évoqué, comme décrit dans la littérature¹⁰ une prévalence plus importante des patients boulimiques que des patients anorexiques. Toutefois, il est important de rappeler qu'aucun des médecins interviewés n'a présenté de cas de patient boulimique. Ceci révèle la confusion idéologique actuelle des TCA avec l'anorexie, comme l'illustrent les recommandations de la HAS.

5.1.3 Perception de la prise en charge

La plupart des MG ont décrit leur prise en charge comme étant difficile et longue. Ils sont nombreux à avoir exprimé un sentiment d'impuissance, voire d'inutilité. Un médecin pensait manquer de temps pour prendre en charge ces patients. Un autre semblait douter de ses compétences. Quelques médecins exprimaient même leur insatisfaction vis-à-vis de leur prise en charge. Tous ces résultats sont concordants avec d'autres études^{20 24}. Après analyse matricielle, nous avons constaté que même les médecins formés à la psychothérapie ou l'hypnose se sentaient en difficulté. Une étude américaine²⁵ a récemment démontré que ces sentiments avaient des conséquences importantes car ils sont responsables de réactions négatives du MG face aux patients atteints de TCA.

A l'inverse, quelques éléments positifs au sujet de la prise en charge sont ressortis de notre étude comme la confiance du patient. Quelques médecins s'estimaient même satisfaits de leur prise en charge.

Beaucoup de médecins ont exprimé le sentiment que l'annonce du diagnostic avait permis d'améliorer leur relation avec le patient. Un médecin avait le sentiment, au contraire, que l'annonce du diagnostic avait dégradé sa relation avec le patient. Beaucoup de médecins, eux, n'estimaient pas que l'annonce du diagnostic ait changé leur relation. Nous n'avons pas retrouvé de données dans la littérature concernant le retentissement de l'annonce du diagnostic sur la relation médecin/patient.

Pour les formes sub-syndromiques, un médecin pensait que le recours au spécialiste n'était pas nécessaire. Sinon, conformément aux recommandations de la HAS², la plupart des médecins ont eu recours à une prise en charge pluridisciplinaire et ont orienté leur patient vers un spécialiste, certains parce qu'ils étaient en présence de critères de gravité. Ces éléments sont concordants avec les données de la littérature^{20 24}. Ces deux études ont démontré que la prise en charge pluridisciplinaire permettait aux MG de pallier à leur sentiment de difficulté. Une étude récente menée au Royaume-Uni²⁶ a étudié le ressenti des psychiatres concernant ces patients et a démontré qu'ils étaient plus à l'aise dans le diagnostic que dans la prise en charge. Ceci montre que les psychiatres ressentent les mêmes difficultés que les MG dans le suivi des patients.

Ensuite, beaucoup de médecins ont déclaré avoir suivi le patient avec le spécialiste tandis que quelques médecins ont déclaré que le patient était suivi exclusivement par celui-ci. Nous n'avons pas retrouvé de données concernant la collaboration entre le MG et le spécialiste après orientation bien que ce soit un point fondamental des recommandations de la HAS².

Quelques médecins ont fait part de leurs difficultés pour accéder aux structures spécialisées ce qui correspond aux données de la littérature^{20 24}. Dans une étude britannique²⁰, les MG ont estimé fondamental d'améliorer l'accès aux structures spécialisées argumentant que lorsque les patients sortaient du déni et acceptaient enfin une prise en charge il n'était pas cohérent de la retarder.

Concernant la prise en charge, beaucoup de médecins semblaient suivre les recommandations de la HAS. En effet, ils étaient nombreux à utiliser la psychothérapie et l'information du patient dans leur pratique. Cependant, peu de médecins nous ont parlé de la prise en charge de l'entourage, contrairement à ces mêmes recommandations. Un seul réalisait des entretiens familiaux. Quelques médecins, face au conflit familial préféraient même exclure les parents.

Beaucoup de médecins ont décrit leur prise en charge comme étant prudente, non agressive. A l'inverse, quelques médecins, conformément aux recommandations, pensaient qu'une prise

en charge ferme aboutissait à de meilleurs résultats, établissant parfois un contrat avec le patient. Les recommandations actuelles pourraient être adaptées en centrant davantage l'attitude des soignants sur le patient.

Certains médecins estimaient que la prise en charge avait débuté uniquement quand le patient en avait émis le souhait ce qui est concordant avec la littérature ²⁰. En effet, dans cette étude, les praticiens britanniques interrogés, décrivaient le même ressenti.

Certains médecins nous ont affirmé que la fréquence du suivi avait été déterminée par le patient, d'autres, eux, définissaient la fréquence du suivi en fonction de la gravité de la situation.

Conformément aux recommandations ², de nombreux médecins utilisaient le poids dans leur surveillance de l'évolution de la pathologie, pour beaucoup l'IMC était considéré comme un critère de gravité. Ceci concorde avec une étude britannique ²⁴ dans laquelle les MG se référaient à l'IMC pour décider d'une hospitalisation.

5.1.4 Perception du rôle en général

La majorité des médecins évoquaient le sujet avec les patients en cas de suspicion de TCA tandis que quelques médecins attendaient d'avoir plus de certitudes. Nous n'avons pas retrouvé de données concernant l'annonce du diagnostic dans la littérature et dans notre étude ce point n'a pas été abordé spontanément par les MG.

Quelques médecins ont évoqué le rôle de prévention et de premier recours.

De nombreux médecins ont parlé de leur place dans le dépistage.

La plupart des médecins ont parlé du rôle d'orientation des patients et quelques médecins ont dit avoir un rôle de coordination.

Plusieurs praticiens ont décrit un rôle de suivi, de surveillance, et d'écoute.

Ainsi les MG interviewés restaient, dans la prise en charge des patients atteints de TCA, proches de la définition de la médecine générale selon la WONCA (World Organization of Family Doctors) ²⁷ en terme de prévention, de compétences de médecine de premier contact, de coordination des soins, de relation médecin/patient, de suivi longitudinal et de prise en charge globale du patient.

Les praticiens interrogés estimaient le rôle du médecin généraliste important de manière générale pour la prise en charge de patients atteints de TCA mais pas à l'échelle individuelle.

5.2 Validité

5.2.1 Forces de l'étude

Il n'existait, à notre connaissance, aucune étude en France ayant exploré le ressenti des MG face aux TCA. Notre travail est donc le premier de ce type, ce qui en fait toute son originalité.

De plus, nos résultats sont concordants avec une étude qualitative sur le même sujet récemment parue en Angleterre ²⁰.

En étudiant les obstacles des MG au diagnostic et à la prise en charge des patients atteints de TCA et, par la construction d'un modèle, nous espérons pouvoir améliorer leur prise en charge.

Notre échantillonnage national, a permis, en partie, de respecter la recherche de la diversité.

Les critères de validation ont bien été respectés.

L'acceptation interne : notre travail a été présenté aux praticiens puis, leur consentement a été recueilli avant de réaliser l'entretien téléphonique. Les participants avaient accès au verbatim s'ils le souhaitaient.

La validation : l'analyse des données a été réalisée en triple aveugle avec une approche à la fois inductive par la création de codes après chaque entretien et listée puisque nous avons regardé à chaque nouvel entretien si les codes précédemment créés étaient présents. La mise en commun des codes ouverts a été réalisée tous les 3 entretiens à la recherche d'un consensus. Ainsi la triangulation des données a bien été respectée permettant de limiter les biais d'interprétation. Enfin, pour l'ensemble de la catégorisation et pour l'analyse matricielle, un travail constant de consensus a été réalisé.

Notre analyse a été facilitée par l'utilisation du logiciel Nvivo10.

5.2.3 Faiblesses de l'étude

La diversification de l'échantillon n'est pas totalement respectée puisque le sex-ratio et les catégories d'âge sont déséquilibrés. Mais la base de données de la SFMG contient une majorité d'hommes MG en activité.

L'entretien téléphonique a été choisi pour des raisons pratiques (échantillon national). Même si l'équivalence entre les entretiens téléphoniques et les entretiens en face à face est connue¹⁷, le langage corporel est absent et le climat de confiance est probablement moindre.

De plus, deux des investigateurs réalisaient pour la première fois des entretiens de type semi dirigés. Malgré leur formation à l'entretien motivationnel, leur expérience restait limitée.

La saturation des données n'a peut être pas été atteinte, cependant le panel de participants était réduit dès le départ (27 médecins seulement avaient donné leur consentement). Ceci explique également l'absence de résultats positifs lors de la réalisation de certaines équations matricielles.

5.3 Perspectives

Le modèle obtenu suite à l'analyse matricielle nous a permis d'identifier les principaux facteurs influençant le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de TCA selon les MG. Certaines matrices ne donnaient pas de résultats positifs, en revanche, il était clair que certaines associations de sens ressortaient et les perspectives suivantes émergent de ce modèle.

Ce travail a mis en évidence dans la définition et la présentation de situations diagnostiques, des critères différents du DSM, plus personnels, tels que le TCA symptôme de mal-être, les conséquences néfastes. Ces critères devraient sans doute faire l'objet d'études.

Notre étude a confirmé le lien étroit entre TCA et dépression/anxiété déjà décrit dans la littérature^{20 22 23}. Peut-être faut-il continuer les explorations dans ce domaine, établir un lien de temporalité, réaliser des études sur la prescription d'antidépresseurs, comme déjà recommandée aux Etats Unis.

Aucun médecin n'a présenté de patient boulimique, peut-être ont-ils été influencés par les recommandations actuelles qui ne concernent que l'anorexie. Or, la boulimie semble plus fréquente et a des répercussions majeures sur la santé physique et psychique des patients.

Des recommandations portant sur la boulimie devraient être mises au point afin d'en améliorer le dépistage et la prise en charge. Mais cela ne suffit pas, une étude²⁹ a déjà mis en évidence la nécessité d'une approche thérapeutique centrée sur le patient. Les protocoles devraient être davantage centrés sur l'individu.

La prévalence faible des TCA semble être à l'origine des difficultés diagnostiques et thérapeutiques rencontrées par les médecins généralistes. Les sentiments d'impuissance et de difficultés clairement exprimés en sont révélateurs. Pour faire face à cette difficulté, les médecins généralistes souhaitent s'appuyer sur une prise en charge multidisciplinaire. La création d'un parcours coordonné paraît fondamentale.

Réciproquement, les compétences propres aux médecins généralistes telles que la coordination, la connaissance et le suivi du patient et de son entourage deviendraient une aide utile aux spécialistes dans la prise en charge de ces patients.

Pour compléter notre travail il serait intéressant d'interroger les patients atteints de TCA afin d'explorer leurs attentes et leurs perceptions du rôle de leur MG. Par la suite, une étude de suivi longitudinal des patients pourrait être réalisée afin d'étudier leur parcours de soin.

6 Conclusion

Notre étude est la première, en France, à avoir exploré les perceptions des MG dans le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de TCA.

De par leurs compétences de MG, correspondant à la définition de la WONCA, les MG peuvent avoir un rôle important à jouer dans la prise en charge des patients atteints de TCA.

Cependant, il paraît fondamental qu'ils puissent s'appuyer sur une prise en charge pluridisciplinaire pour pallier aux sentiments de difficultés et d'impuissance clairement exprimés. Ainsi, il serait souhaitable de mettre en place un réseau de coordination au sein duquel le médecin généraliste pourrait apporter ses compétences spécifiques.

Plusieurs perspectives ont émergé de notre étude :

- La nécessité de modifier les recommandations sur l'anorexie en intégrant des critères plus centrés sur le patient et la mise en place de recommandations sur la boulimie.
- La nécessité d'étudier le lien étroit entre TCA et anxiété/dépression mais aussi d'évaluer l'intérêt d'un traitement antidépresseur chez les patients atteints de TCA, comme déjà recommandé aux Etats Unis.
- La nécessité d'explorer les perceptions et les attentes des patients atteints de TCA envers leur MG.

7 Bibliographie

- 1- Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *Am J Psychiatry* 2002;159:394-400.
- 2- Haute autorité de santé. Anorexie mentale : prise en charge. Recommandations de bonne pratique. Paris : HAS, 2010. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201009/reco_anorexie_mentale.pdf.
- 3- APA. Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 2006;163(7 suppl):4-54.
- 4- National Collaborating Centre for Mental Health. Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004. Disponible sur <http://nice.org.uk/nivemedia/live/10932/29218.pdf>
- 5- Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002;159:1284.
- 6- Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-Year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006;39:87-100.
- 7- Herzog W, Deter HC, Shellberg D, et al. Somatic findings at 12 year follow-up of 103 anorexia nervosa patients: results of the Heidelberg-Mannheim follow-up. In: Herzog W, Deter HC, eds. *The course of eating disorders: Long term follow-up studies of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Berlin-Heidelberg:Springer-Verlag,1992.
- 8- Van Son GE, Van Hoeken D, Van Furth EF, Donker GA, Hoek HW. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. *Int J Eat Disord* 2010;43:130-8.
- 9- Ogg EC, Millar HR, Pusztai EE, Alison S. General Practice Consultation Patterns Preceding Diagnosis of Eating Disorders. *Int J Eat Disord* 1997;22:89-93.
- 10- Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:389-94.
- 11- Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Sanci L, Sawyer S. Prognosis of adolescent partial syndromes of eating disorder. *Br J Psychiatry* 2008;192:294-9.
- 12- Bryant-Waugh RJ, Lask BD, Shafran RL, Fosson AR. Do doctors recognise eating disorders in children? *Arch Dis Child* 1992;67:103-5.
- 13- Johnson JG, Spitzer RL, Williams JBW. Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychol Med* 2001;31:1455-6.
- 14- Dr Borgès Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. 2001;32:117-21.
- 15- Deslauriers J-P. Recherche qualitative: guide pratique. Montréal: MacGraw-Hill 1991.
- 16- G.Glaser B, L.Strauss A. *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick (USA): AldineTransaction, 1999.

- 17- Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. 2^{ème} ed. Bruxelles: De Boeck, 2003.
- 18- Greenhalgh T. How to read a paper: papers that go beyond numbers (qualitative research). *BMJ* 1997;315:740.
- 19- Banas DA, Redfern R, Wanjiku S, Lazebnik R. Eating disorder training and attitudes among primary care residents. *Clin Pediatr (Phila)* 2013;52:355-61.
- 20- Reid M, Williams S, Hammersley R. Managing eating disorder patients in primary care in the UK: a qualitative study. *Eat Disord* 2010;18:1-9.
- 21- Linville D, Brown T, O'Neil M. Medical providers' self perceived knowledge and skills for working with eating disorders: a national survey. *Eat Disord* 2012;20:1-13.
- 22- Abraham SF. Dieting, body weight, body image and self-esteem in young women: doctors' dilemmas. *Young women's health* 2003;178:607-11.
- 23- Mazzeo S, Espelage D, Association Between Childhood Physical and Emotional Abuse and Disordered Eating Behaviors in Female Undergraduates: An Investigation of the Mediating Role of Alexithymia and Depression. *Journal of Counseling Psycholog* 2002;49:86-100.
- 24- Flahavan C, Detection, assessment and management of eating disorders, how involved are GPs?. *Psych Med* 2006;23:96-9.
- 25- Thompson-Brenner H, Satir DA, Franko DL, Herzog DB. Clinician reactions to patients with eating disorders: a review of the literature. *Psychiatr Serv* 2012;63:73-8.
- 26- Jones WR, Saeidi S, Morgan JF. Knowledge and attitudes of psychiatrists towards eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2013;21:84-8.
- 27- WONCA, définition européenne de la médecine générale disponible sur <http://www.woncaeurope.org>
- 28- Rie S, Noordenbos G, Donker M, van Furth E. The quality of treatment of eating disorders: a comparison of the therapists' and the patients' perspective. *Int J Eat Disord*. 2008 May;41:307-17.

8 Annexes

Annexe 1 : le canevas d'entretien

1. présentation globale
 - a. se présenter au participant
 - b. le remercier de l'entretien
 - c. expliquer que l'entretien est enregistré
 - d. rassurer quant à l'anonymat
 - e. introduire la thématique du sujet : « si nous venons vers vous, c'est pour que nous discutons ensemble des troubles des conduites alimentaires et de la médecine générale »
 - f. lancer l'enregistrement
2. depuis combien de temps exercez-vous dans ce cabinet et depuis combien de temps vous êtes adhérents à la SFMG ?
3. quelle est pour vous la définition des troubles des conduites alimentaires (TCA) ?
4. Merci.
 - a. Pour l'étude que nous réalisons nous avons choisi de définir les troubles des conduites alimentaires selon le DRC et les recommandations de bonne pratique, c'est-à-dire
 - l'anorexie
 - la boulimie
 - l'alternance entre la boulimie et l'anorexie
 - avec la présence d'au moins un des critères suivants à récurrence :
 - la peur de grossir
 - les efforts pour perdre du poids
 - le déni des problèmes alimentaires
 - les régimes non justifiés et inadaptés à répétition
 - l'ingestion rapide d'une grande quantité d'aliments
 - les vomissements provoqués
 - les variations importantes de poids
 - l'aménorrhée
 - le désintérêt sexuel
 - en dehors des problèmes d'obésité, de pathologies néoplasiques, endocriniennes (diabète, dysthyroïdie), de troubles psychotiques
 - b. A la lumière de cela, vous souvenez vous avoir pris en charge un(e) patient(e) pour une anorexie ou une boulimie ou une forme subsyndromique ?
 - i. Si oui : cf question 5
 - ii. Si non : cf question 6
5. Si oui, racontez moi comment cela s'est passé (plusieurs exemples si plusieurs patients).
 - a. Quelles sont les caractéristiques de ces patients si vous vous souvenez (âge, sexe, dépression ou non, consommation médicamenteuse) ?
 - b. Depuis combien de temps le/la suivez-vous ? Depuis combien de temps le/la suiviez-vous avant l'apparition des troubles alimentaires ?
 - c. Pensez-vous avoir observé précocement des indices sur le mal-être de ces patients ? Quels étaient les motifs de consultation précédant celles pour troubles alimentaires ?
 - d. Que pensez-vous de votre diagnostic et de votre prise en charge ?

- e. Continuez-vous à suivre ce(s) patient(e)(s) ? Quels sont/ont été vos relations avant/pendant/après le diagnostic ? Cela a-t-il changé vos relations ?
 - f. Quelle place pensez-vous avoir dans la prise en charge de ces patients ? Que pensez-vous en général de la place du MG dans le suivi de ces patients ?
 - g. Serait-il possible que vous nous mettiez en contact avec ce(s) patient(e)(s) ?
6. Si non, y avez-vous déjà pensé ?
- a. Qu'est ce que vous y a fait penser ? Qu'avez vous donc fait ?
 - b. Quelle place pensez-vous avoir dans la prise en charge de ces patients ? Que pensez-vous en général de la place du MG dans le suivi de ces patients ?
 - c. Nous vous avons sollicité car nous savons que dans la base de données SFMG, vous avez au moins une fois recueilli un RC anorexie /boulimie entre 1993 et 2007 selon les critères déjà cités ? que pensez-vous de cela ?
7. Merci, nous allons vous recontacter afin de vous demander des précisions sur quelques une de vos caractéristiques (âge, sexe, mode d'exercice, lieu d'exercice, formations complémentaires...), de recueillir quelques caractéristiques pour votre paiement et si vous avez le temps de remettre la notice d'information aux patients qui pourraient être interrogés.

Annexe 2 : caractéristiques de l'échantillon

	Médecin (MG) n = 19	MG1P	MG2P	MG3P	MG4P	MG5P	MG6P	MG7P	MG8P	MG9P	MG1A	MG2A	MG3A	MG4A	MG5A	MG6A	MG7A	MG1JS	MG2JS	MG1OJS
Age	56,5 (45 à 63)	60	63	53	63	51	53	58	53	45	60	60	59	55	56	60	56	56	56	57
Sexe																				
Masculin	17 (89,47%)	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
Féminin	2 (10,53%)		X															X		
Situation familiale																				
Marié(e)	11 (57,89%)				X		X	X			X	X		X	X	X		X	X	X
Concubinage	1 (5,26%)																X			
Divorcé(e)	3 (15,79%)			X		X							X							
Célibataire	1 (5,26%)								X											
Non renseigné	3 (15,79%)	X								X										
Nombre d'enfants	2,6 (0 à 4)			3	3	2	4	2	0		2	3	3	3	3			2	2	4
Nombre d'enfants non renseigné	5 (26,32%)	X								X						X	X			
Exercice																				
Rural	7 (36,84%)	X	X	X		X				X								X	X	
Semi rural	3 (15,79%)										X	X		X						
Urbain	8 (42,11%)				X		X	X	X				X		X	X	X			
Non renseigné	1 (5,26%)																			X
Mode exercice																				
Seul	6 (31,58%)		X		X		X	X			X									
Groupe	13 (68,42%)	X		X		X			X	X			X	X	X	X	X	X	X	X

	Médecin (MG) n = 19	MG1P	MG2P	MG3P	MG4P	MG5P	MG6P	MG7P	MG8P	MG9P	MG1A	MG2A	MG3A	MG4A	MG5A	MG6A	MG7A	MG1JS	MG2JS	MG10JS
Installation																				
Moins de 10 ans	0 (0%)																			
10 à 20 ans	3 (15,79%)				X				X											
Plus de 20 ans	15 (78,95%)	X	X	X	X		X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Non renseigné	1 (5,26%)																			X
Adhésion SFMG																				
Moins de 10 ans	1 (5,26%)								X											
10 à 20 ans	12 (63,16%)			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Plus de 20 ans	6 (31,58%)	X	X				X						X		X					
Formations																				
Hypnose	2 (10,53%)																	X	X	
Psychothérapie	5 (26,32%)	X		X						X		X								X
Région																				
Ile de France	2 (10,53%)																	X	X	
Pays de la Loire	2 (10,53%)									X				X						
Rhône-Alpes	2 (10,53%)											X			X					
Poitou Charentes	3 (15,79%)												X		X		X			
Bourgogne	4 (21,05%)	X	X	X	X															
Bretagne	1 (5,26%)					X														
Centre	1 (5,26%)															X				
Champagne Ardennes	1 (5,26%)							X												
Haute Normandie	1 (5,26%)								X											
Lorraine	1 (5,26%)									X										
Nord Pas de Calais	1 (5,26%)																			X

Annexe 3 : retranscription de trois entretiens

Entretien MG4A

AB : Alexandrine Bonnigal je suis interne à la Fac de médecine de Tours. Je vous appelle comme convenu pour un entretien téléphonique.

MG4A : Oui. D'accord.

AB : Donc c'est dans le cadre d'une thèse sur les troubles du comportement alimentaire.

MG4A : Ok !

AB : Donc je vous remercie d'avoir accepté de participer à notre enquête. Euh... juste avant de débiter je voulais vous préciser deux choses. Euh... donc ce sont des entretiens anonymes. Euh... les questions que je vais vous poser sont volontairement très vagues de façon à obtenir un champ de réponse le plus large possible et euh... le but n'est absolument pas de juger vos connaissances mais plus d'explorer, de mettre en évidence les difficultés et obstacles que vous pourriez rencontrer avec la prise en charge de ces patients.

MG4A : Ok !

AB : Voilà ! Alors est-ce que je peux lancer l'enregistrement et débiter ?

MG4A : Oui, oui, si vous voulez.

AB : D'accord. Alors, est-ce que vous pourriez tout d'abord me donner quelques informations vous concernant ? Si vous êtes marié, votre âge, si vous avez des enfants ?

MG4A : Alors euh... donc 55 ans, marié, 3 enfants !

AB : D'accord. Votre mode et lieu d'exercice ?

MG4A : Alors donc euh... Cabinet libéral de 2 médecins généralistes. Donc dans un village de 2000 habitants. Donc, ça fait un exercice plutôt semi-rural, quoi.

AB : D'accord. Est-ce que vous participez à des formations ?

MG4A : Alors oui ! Ça m'arrive ben par le biais de la SFMG, euh... par le biais soit de formations euh... de jour soit éventuellement des formations sur internet. Euh... avec les dernières moutures des formations euh... à distance, en fait.

AB : D'accord. Très bien ! Et votre date d'installation dans votre cabinet ?

MG4A : 1985.

AB : D'accord. Et votre date d'adhésion à la SFMG ?

MG4A : Oh, ah, ah ! Alors là je sais plus trop... euh... je dirais une quinzaine d'année peut-être... euh... là je sais pas...

AB : Oui, approximativement. D'accord. Très bien ! Merci beaucoup ! Donc on va entrer dans le vif du sujet. Alors quelle serait pour vous la définition des troubles du comportement alimentaire ? Donc votre définition vraiment personnelle.

MG4A : Eh bien euh... c'est un peu compliqué... *Rires...* donc en fait, ça va être un certain nombre de personnes, je dirais peut-être, dans mon expérience plus souvent des jeunes filles ou des jeunes femmes, euh... qui vont exprimer des symptômes euh... qu'on peut penser liés à, à des goûts alimentaires, on va dire. Alors qui peut passer par des troubles d'allure digestive. Euh... jusqu'à des formes ben beaucoup plus complexes et je dirais euh... avec des conséquences graves pour la santé, donc dans le cadre de ce qu'on appelle une anorexie mentale, quoi en fait. On va voir euh... au moins pendant une période en tous cas un amaigrissement euh... avec un IMC qui descend dans des fourchettes à risque quoi.

AB : D'accord. Très bien ! Je vous remercie. Alors donc pour l'étude que nous réalisons nous avons choisi de définir les troubles du comportement alimentaire selon le DRC et les recommandations de bonne pratique. Donc je vais juste vous lire notre définition. L'anorexie, la boulimie, l'alternance entre boulimie et anorexie avec la présence d'avec

au moins un des critères suivants à récurrence : la peur de grossir, les efforts pour perdre du poids, les régimes inadaptés non justifiés à répétition, le déni des problèmes alimentaires et ingestion rapide d'une grande quantité d'aliments, les vomissements provoqués, les variations importantes du poids, l'aménorrhée, le désintérêt sexuel en dehors des problèmes d'obésité, de pathologies endocriniennes néoplasiques et des troubles psychotiques.

MG4A : Oui !

AB : Voilà. A la lumière de cette définition, est-ce que vous vous souvenez avoir pris en charge un patient pour trouble du comportement alimentaire ?

MG4A : Euh... oui, je pense qu'il y a eu un certain nombre de patients... Alors euh... on a un peu ces situations en fait euh... on va dire un peu, après, enfin ce qu'on définit parfois dans des situations psychiatriques comme border line. C'est-à-dire qu'il y a des gens pour qui on a un diagnostic d'anorexie mentale qui est très net avec euh... une perte de poids vraiment importante. Euh... et puis à côté de ça on va avoir euh... notamment des jeunes filles entre, on va dire entre 15 et 25 ans, qui sont euh... dans des symptômes qui ne sont pas aussi clairement exprimés de difficulté par rapport aux aliments, mais, ben moi que j'avais tendance à rapprocher en tous cas de ce diagnostic en fait.

AB : D'accord. Est-ce que vous auriez un cas par exemple à me raconter ?

MG4A : Euh... alors, je me souviens notamment d'une jeune fille que j'ai pas revue depuis très longtemps. Je repensais un petit peu à ces dernières années. Euh... et j'avais l'impression que depuis 2-3 ans j'avais moins eu de situations que j'aurais classé dans cet item de la SFMG, que l'on appelle anorexie-boulimie. Euh... donc l'exemple auquel je pense, c'est une jeune fille étudiante qui venait ben pour... le symptôme c'était euh... ben « j'ai des difficultés digestives avec l'impression de pesanteur au niveau du ventre, de euh... de douleurs un peu épigastriques euh..., ben de tendance à avoir des nausées et euh... bon bien sûr dans ce cas-là on va quand même explorer la sphère digestive. Et euh... après exploration euh... je n'avais pas retrouvé de pathologie particulière euh... qui puisse être identifiable dans un cadre disons de l'appareil digestif, euh... et j'ai pensé que peut-être on était dans le cadre d'un rapport à l'alimentation qui était pathologique quoi. Dans un contexte également d'anxiété, de stress quoi !

AB : D'accord. Est-ce que vous vous souvenez à peu près quel âge avait cette patiente ?

MG4A : Je pense que de tête elle avait 17-18 ans.

AB : D'accord. Est-ce que vous avez notion qu'elle prenait des médicaments, qu'il y avait une prise médicamenteuse de type laxatif par exemple ?

MG4A : Je, je ne pense pas ! Je ne pense pas hein ! Bon il n'y avait pas, y'avait pas un amaigrissement euh... notable. Je pense qu'elle avait perdu quand même quelques kilos. Mais euh... bon on restait dans un IMC qui était en tous cas, je pense, à la limite des 20. Mais qui n'était pas descendu de façon importante quoi. Et donc j'ai un peu l'impression qu'on a un certain nombre de, de notamment de jeunes adolescentes qui sont dans cette espèce de phase, où on est peut-être dans une phase de pré-anorexie et qui peuvent ensuite ben, peut-être, régler des problèmes et ne pas rentrer dans cette phase d'anorexie, quoi. Mais il faut sans doute être attentif un petit peu à les, à évoquer avec elle, ben que peut-être que les symptômes ne sont pas liés à un dysfonctionnement de l'appareil digestif mais plutôt à un rapport à l'alimentation et peut-être aussi un trouble psychologique qui pourrait évoluer vers une vraie anorexie ultérieurement quoi.

AB : Mmh ! Tout à fait, oui ! C'est vraiment le sujet de notre étude !

MG4A : Oui D'accord.

AB : C'était un peu voir aussi s'il y a des formes, ce qu'on appelle « subsyndromiques » en fait, hein.

MG4A : Oui ! Voilà, moi j'ai l'impression, bon ben parce que les vraies anorexies bon euh... on en a eu un certain nombre mais c'est vrai que c'est souvent des gens qu'on va perdre un peu de vue au bout d'un moment parce que euh... il y aura une prise en charge plus spécialisée en fait. Bon avec tous les aléas de la vie familiale que cela entraîne etc... mais donc on peut

être amené à les voir de façon très épisodique. Par contre celles qui sont un peu dans cette phase, on va dire, pré-syndromique comme vous l'appellez, euh... là, je pense que c'est vraiment euh... c'est vraiment nous qui allons être en première ligne, et je pense qu'il faut euh... sûrement arriver progressivement sans agressivité et sans peut-être forcément faire peur par rapport au diagnostic mais euh... faire arriver à réfléchir la jeune fille ou le jeune garçon, moi je m'en souviens pas trop mais je pense que ça existe aussi sans doute, euh... à cette problématique qu'elle peut avoir par rapport à l'alimentation et peut-être d'autres difficultés euh... en rapport aussi, hein ?!

AB : D'accord. Et pour la patiente là dont vous me parliez est-ce que vous pensez...ou est-ce qu'il y a eu un épisode dépressif euh... associé ?

MG4A : Euh... je ne me souviens pas pouvoir dire euh... ben si on reprend les items d'un syndrome dépressif, je ne me souviens pas pouvoir dire que, euh... il n'y avait pas d'éléments dépressifs dans ce qu'elle exprimait, en tous cas.

AB : D'accord.

MG4A : Par contre je pense qu'il y avait un cadre familial euh... un peu de, comment dirais-je, de mmh de parents euh... très protecteurs euh... je pense que c'était une jeune fille qui était un peu rigide dans notamment ses études avec le besoin de réussir euh... brillamment etc...

AB : D'accord. C'était une patiente que vous suiviez depuis longtemps avant d'avoir...

MG4A : Ah oui, oui ! que j'ai suivie tout petite.

AB : D'accord. Très bien! Donc vous la connaissiez bien euh... ?

MG4A : Oui, oui je la connaissais bien et je connaissais la famille aussi, hein. Et je pense que le papa est assez psychorigide et j'avais l'impression que sa, sa, son aînée... hein, c'était l'aînée de 2 filles et que l'aînée était un petit peu du même tempérament que le papa et un peu psychorigide et peut-être dans des problématiques par rapport à ses études où j'avais l'impression qu'elle avait un petit peur de pas faire aussi bien que le voulait son papa quoi.

AB : D'accord. Et est-ce que vous pensez avoir observé précocement des indices déjà un petit peu de mal-être chez cette patiente ?

MG4A : Ben... je crois pas non ! J'ai l'impression que c'était plutôt peut-être vers 16-17 quoi, en fait !

AB : D'accord. Au moment où elle a consulté pour ses troubles digestifs ?

MG4A : Oui, elle a commencé...alors je pense peut-être... alors euh... lorsqu'elle a consulté... alors j'essaye de resituer l'histoire euh... je pense qu'elle a consulté pour ses troubles digestifs quand elle a commencé des études supérieures en fait hein !

AB : D'accord. Et avant... pardon !

MG4A : et avant je ne sais pas trop euh... pff je ne sais pas, je me souviens mettre dit « ben tiens, est-ce qu'il y a pas un souci comportemental chez cette jeune fille ? ». Je ne me souviens pas m'être posé la question en fait.

AB : D'accord. Est-ce que vous avez été amené à lui prescrire des médicaments ?

MG4A : Euh... non... alors est-ce que j'ai prescrit des médicaments ? Euh... alors... je ne pense pas non. Je ne crois pas !

AB : Très bien! Et par rapport... qu'est-ce que vous pensez de votre diagnostic ?

MG4A : Qu'est-ce que je pense de ce diagnostic ? *Rires*... Certes j'étais pas trop à côté de la plaque euh... après bon on est quand même dans des choses euh... comment dirais-je pour lequel euh... les items sont moins dans le domaine d'une certitude que quand on observe une angine quoi.

AB : Rires. Oui bien sûr !

MG4A : Voilà, donc c'est un peu plus délicat euh... de se faire une opinion diagnostique.

AB : Mmh, mmh !

MG4A : Euh... bon parce que euh... c'est euh... on n'a pas des critères objectifs euh... c'est plus facile quand on a une radio pulmonaire anormale euh... , là on est dans quelque chose d'un petit peu plus flou quoi en fait euh... et puis après ça c'est... bon par rapport au diagnostic, puis après c'est aussi la peur de euh... de ne pas aider la personne dans le bon sens quoi. On sait que c'est peut-être des situations où nos interventions vont avoir une incidence

peut-être sur son comportement euh... peuvent être un petit peu à risque, quoi ! *Silence* De ne rien faire, c'est sans doute dangereux ! Après c'est ben « comment avancer avec une jeune fille comme ça ? » sans déstabiliser des choses quoi !

AB : Mmh ! Et que pensez-vous de votre prise en charge après ?

MG4A : Ben j'ai, j'ai l'impression parce que je l'ai revue euh... ben dans les années suivantes et euh... ben elle avait retrouvé un peu son poids antérieur, elle avait euh..., elle n'exprimait plus de problèmes digestifs donc j'ai l'impression qu'elle avait peut-être avancé, je sais pas ! Mais j'avais l'impression qu'elle avait avancé en tous cas dans sa problématique par rapport à l'alimentaire quoi !

AB : Et est-ce que vous avez l'impression, enfin, le diagnostic entre guillemets, a changé votre relation avec cette patiente ?

MG4A : Ben pfff, je crois pas non euh... parce que ben c'est un peu le, le quotidien de notre vie de médecin généraliste que de, que de ne pas prendre en charge que le versant organique euh... de de la santé quoi. Donc euh... pff euh... bon enfin je ne crois pas que ça change vraiment la relation.

AB : Très bien! Et c'est une patiente que vous suivez toujours ?

MG4A : Euh... ben je la vois là, là maintenant elle a quitté la région euh... donc ça m'arrive de la voir euh... 1 fois dans l'année, peut-être 2 fois dans l'année et euh... mais de façon beaucoup plus épisodique en fait.

AB : Très bien! Et vous avez l'impression que l'épisode de troubles du comportement alimentaire on va dire est vraiment ... derrière ?

MG4A : Je pense que ça a disparu.

AB : D'accord.

MG4A : Mais c'est un peu, je pense ces situations là là... alors vous décrivez comme sub-syndromiques c'est ça ?!

AB : Oui, c'est ce qu'on... oui, oui !

MG4A : Hein ?! Donc on a l'impression qu'il y a un certain nombre de situations qui surviennent au moment de l'adolescence et puis qui vont peut-être se régler avec le passage à l'âge adulte euh... pour un nombre assez important de ces jeunes personnes quoi.

AB : D'accord. Et dans votre patientèle est-ce que vous avez des personnes chez qui vous suspectez euh... un trouble du comportement alimentaire sans leur en avoir parlé ?

MG4A : Euh... pff..... ben en général bon euh... en général si il y a un moment où j'ai un doute je crois que je vais essayer d'explorer cette piste-là. Donc euh... euh... je pense que je vais l'aborder d'une façon ou d'une autre à un moment de l'entretien ou à un moment de l'examen euh... bon sans, sans comment dirais-je, comme une piste d'exploration pour la personne quoi.

AB : Mmh, mmh.

MG4A : Pour le patient comme étant euh... bon une possibilité pour cette personne-là de s'interroger sur euh... la relation qu'elle a par rapport à l'alimentation euh... donc je crois pas que je vais, je vais pas le garder longtemps que dans mon dossier médical. Je vais quand même le, le, l'exprimer un moment quoi, en fait.

AB : D'accord. Très bien! Et quelle place pensez-vous avoir en tant que médecin généraliste dans la prise en charge en charge des patients atteints de troubles du comportement alimentaire en général ?

MG4A : Ben je pense que euh... sur des situations un peu euh... comme celles dont on a parlé tout à l'heure, moi je pense qu'on a toute notre place. Euh... après dans des situations d'anorexie mentale avérée euh... euh... ben on peut avoir un rôle mais c'est souvent un peu difficile et puis ça devient à un moment aussi critique euh... sur le plan de la prise en charge quoi. Et on va souvent aller vers un suivi spécialisé, donc on va moins voir ces personnes-là, en fait.

AB : D'accord. Et là patiente en question, là, vous n'avez pris en charge que, enfin c'était uniquement avec votre prise en charge en charge à vous ?

MG4A : Oui, oui ! Je pense que j'ai évoqué à un moment la possibilité de peut-être si elle

ressentait le besoin de de consulter un psychologue, je pense que je lui en avais parlé mais je ne crois pas qu'elle ait fait la démarche en fait.

AB : D'accord. Très bien! Donc je vous remercie pour vos réponses. Donc j'ai juste une dernière question : savoir si vous seriez éventuellement d'accord pour nous mettre en relation avec certains de vos patients ou patientes euh... qui répondraient aux critères de définition des Troubles des Conduites Alimentaires afin qu'on puisse les joindre euh... ultérieurement en fait. Il y a une deuxième partie de notre étude qui portera sur les patients. Pour voir un petit peu le rôle qu'ils attribuent à leur médecin généraliste dans leur prise en charge.

MG4A : Mouais ! Alors ça c'est un petit peu plus délicat...

AB : Mmh !

MG4A : Il faut que je réfléchisse en fait, faudrait que je retrouve euh... là je ne pourrais pas le faire très rapidement. Il faut que j'arrive à retrouver...

AB : ...ce sera courant septembre-octobre. Ce n'est pas pour tout de suite, tout de suite.

MG4A : Mouais, il faut que je retrouve la liste des gens pour qui j'ai utilisé cet item d'anorexie-boulimie et puis que je vois euh... les gens avec qui il y a eu des choses suffisamment dites enfin clairement...

AB : Oui, oui bien sûr...

MG4A : ... et qui pourraient peut-être accepter de répondre, mais je ne peux pas vous garantir là !

AB : D'accord. Parce qu'on avait pris les consultations qui ont été cotées entre 93 et 2007 en fait.

MG4A : Entre 93 et 2007, d'accord.

AB : Oui, voilà !

MG4A : Ok, ben je vais regarder à ce moment-là la liste et puis s'il y a des gens qui me paraissent susceptibles de... bon, vous pourrez me rappeler en septembre, hein ?!

AB : Voilà, si vous nous donnez un accord même partiel, au moins si on a notre accord, vous serez probablement recontacté au courant septembre-octobre et à ce moment-là on précisera un peu les choses.

MG4A : Ouais, ouais, ok, d'accord. C'est un peu, c'est une autre étape : le patient euh... que de se dire bon il m'a classé dans les Troubles du Comportement Alimentaire. Je pense qu'il faut que les choses... on va pas forcément employer le terme d'anorexie ou de boulimie en fait, parfois.

AB : Oui, oui !

MG4A : Hein ?! euh... donc il faut quand même qu'il y ait une étape où le diagnostic a été exprimé clairement au patient ou à la patiente pour pouvoir reprendre contact avec eux, en fait.

AB : D'accord. Très bien!

MG4A : Ok ?!

AB : Très bien! Ben je vous remercie pour le temps que vous accordez et puis je vous souhaite une bonne après-midi !

MG4A : Voilà, ben euh... bon travail à vous ! Au revoir !

AB : Merci beaucoup monsieur ! Au revoir !

PM : Oui, bonjour, c'est madame Médina hein, pour l'enquête sur les troubles des conduites alimentaires ! C'est bon, vous êtes disponible ?

MG8P : Oui.

PM : Oui, d'accord ! Ok ! Très bien! Euh... donc je lance l'enregistrement. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à notre enquête et euh... avant qu'on débute, qu'on débute pardon, je voudrais vous préciser deux choses. D'une part le but de ces entretiens anonymes c'est pas de juger les compétences des médecins généralistes mais c'est d'essayer de mettre en évidence les difficultés et les obstacles qu'ils rencontrent dans la prise en charge de ces patients. Et puis deuxième chose, il y a certaines questions dans notre canevas qui sont assez vagues, il ne faut pas que vous soyez surpris, le but pour nous c'est d'avoir un champ de réponses le plus vaste possible ! D'accord ?!

MG8P : Mmh, mmh !

P : Oui, euh... d'abord j'aurais quelques questions vous concernant, est-ce que vous pouvez me donner votre âge, est-ce que vous êtes marié, est-ce que vous avez des enfants ?

MG8P : Non, non, je ne suis pas marié, je n'ai pas d'enfants, j'ai ... ans.

P : Pardon, je n'ai pas entendu ?

MG8P : 53 ans !

P : 53 ans. D'accord. Vous exercez en ville ou la campagne ?

MG8P : Euh... en ville.

P : Vous êtes associé ou vous êtes seul ?

MG8P : Associé.

P : Vous êtes combien dans le cabinet ?

MG8P : 2

P : 2 personnes. D'accord. Je ne vous entends pas très très bien. Je peux... allo ?

MG8P : Oui.

P : Oui. C'est pas parfait mais bon ! Ça ira ! Rires. Euh... est-ce que vous participez à des formations ?

MG8P : Oui.

P : De quel type ?

MG8P : Ben, si vous voulez, je participe, je suis même animateur de ce qu'on appelle un groupe qualité, ça s'appelle comme ça.

P : D'accord.

MG8P : euh... et puis sinon je faisais jusqu'à présent des formations conventionnelles euh... donc maintenant je m'inscris dans des FMC bien sûr et puis sinon ça m'arrive de faire des formations FACE euh... selon les sujets proposés voilà.

P : D'accord. Très bien! Est-ce que vous pouvez me donner votre date d'installation dans votre cabinet ?

MG8P : 96.

P : 96 et votre date d'adhésion à la SFMG ?

MG8P : Ah en voilà une bonne question !

P : C'est plus dur. Rires.

MG8P : Euh...

P : A peu près, c'est pas...

MG8P : Je sais pas en vérité. Les, à vue de nez comme ça, je dirais peut-être, 2004 comme ça.

P : D'accord. Ok ! Parfait ! Donc là on va rentrer dans le vif du sujet. J'aurais besoin d'avoir votre définition personnelle des troubles des conduites alimentaires. Pas une définition officielle. Ce que vous vous entendez par troubles des conduites alimentaires.

MG8P : Oh, ben, ben, voilà une bonne question. Euh... pour moi un trouble des conduites alimentaires ben c'est, une alimentation inadaptée soit euh... par excès soit par défaut qui fait souffrir l'individu et/ou son entourage.

P : D'accord. Parfait. Euh... donc là dans l'enquête qu'on réalise, on a choisi de définir les troubles des conduites alimentaires selon le DRC et les recommandations de bonnes pratiques dont je vous donne la définition : l'anorexie, la boulimie ou l'alternance entre la boulimie et l'anorexie avec la présence d'au moins un des critères suivants à récurrence : la peur de grossir, les efforts pour perdre du poids, les régimes inadaptés non justifiés à répétition, le déni des problèmes alimentaires, l'ingestion rapide d'une grande quantité d'aliments, les vomissements provoqués, les variations importantes du poids, l'aménorrhée, et le désintérêt sexuel en dehors des problèmes d'obésité, de pathologies néoplasiques ou endocriniennes ou de troubles psychotiques. Est-ce que, à la lumière de cette définition, est-ce que vous vous souvenez avoir pris en charge un patient pour troubles des conduites alimentaires ?

MG8P : Ben, vu la liste euh... oui. Dans le tas il y en a forcément.

P : D'accord. Est-ce que vous pouvez m'en raconter un ?

MG8P : Ben écoutez, un que je peux vous raconter, c'est une jeune fille adolescente hein, qui donc avait des restrictions alimentaires importantes et qui de surcroît se faisait vomir le peu qu'elle consommait.

P : D'accord. Parfait ! Elle a quel âge cette jeune femme ?

MG8P : Euh 16 ans

P : Au moment du diagnostic, 16 ans ?

MG8P : Ouai, vous voulez son âge exact ?

P : Euh... ben si vous pouvez me le donner facilement tant qu'à faire oui. Sans ça ce dont vous vous souvenez ça suffira !

MG8P : *Silence.* Alors euh... *tapotement de clavier...* donc ... à l'époque du diagnostic elle avait en fait 15 ans.

P : D'accord. Et vous la suiviez depuis longtemps avant le diagnostic ?

MG8P : Oui, depuis toute petite.

P : D'accord. Depuis la petite enfance. Très bien! Est-ce que vous avez associé des troubles de l'humeur ou pas ? Chez cette dame.

MG8P : Ben écoutez des troubles de l'humeur... pas réellement non ! Des troubles caractériels oui ! Y'avait pas de troubles de l'humeur.

P : Caractériel de quel type en fait ?

MG8P : Ben si vous voulez dans, quand je dis caractériel, en effet ce n'est peut-être pas forcément très médical comme terme. C'est-à-dire que y'avait des réactions assez euh, assez violentes enfin verbalement euh... une inquiétude, une inquiétude de son entourage face à ces réactions qui n'avaient pas échappé bien sûr à sa famille, au niveau de la conduite alimentaire.

P : D'accord. Très bien! C'est-à-dire qu'en fait quand l'entourage essayait de lui en parler, elle les rejetait, c'est ça que vous entendez par là ?

MG8P : Exactement !

P : D'accord. Ok Très bien! Parfait.

MG8P : Lorsque j'ai évoqué avec elle ce problème-là, de la même façon elle euh...

P : Même chose en fait !

MG8P : Il y avait... avec parfois une pointe d'agacement voire euh... d'agressivité euh... verbalement uniquement.

P : D'accord. Oui, oui ! Est-ce que cette jeune femme elle prenait des médicaments ou pas du tout ?

MG8P : Alors euh... à l'époque, vous voulez dire ? Euh... elle avait un traitement de désensibilisation euh... pour une rhinite allergique.

P : D'accord.

MG8P : Euh... sinon euh... elle avait un traitement également euh... pour de l'acné. Traitement local sous forme de (?)

P : D'accord.

MG8P : Et puis un traitement par la bouche.

P : Ok !

MG8P : Sinon, non c'est tout.

P : D'accord. Donc pas, vous n'avez pas de notion de prise de laxatifs ou de choses comme ça ?

MG8P : Non !

P : Non ! D'accord.

MG8P : En tous cas pas prescrit par moi.

P : D'accord. Pas connu en tous cas. Est-ce que vous pensez avoir observé précocement des indices de mal-être chez cette patiente ?

MG8P : Ben écoutez franchement non !

P : D'accord. Et est-ce que vous vous souvenez des motifs des consultations qui ont précédées celles pour Troubles des Conduites Alimentaires ?

MG8P : Ben écoutez, je m'en souviens pas mais je peux vous les donner.

P : D'accord.

MG8P : Je regarde dans son dossier.

P : Oui, oui allez-y.

MG8P : Attendez, je retrouve son dossier.

P : Euh... pardon, du coup, euh... elle avait 15 ans au moment du diagnostic. Elle a quel âge maintenant ?

MG8P : Elle a 16 ans.

P : D'accord. Ca fait 1 an à peu près !

MG8P : Voilà ! Ouaih.

P : D'accord.

MG8P : Euh... donc écoutez... euh... ben pfff... elle m'avait consulté dans ben pour sa rhinite, pour son acné bien sûr.

P : D'accord.

MG8P : Un épisode de cystite.

P : Ok.

MG8P : Un épisode de chalazion

P : D'accord.

MG8P : Une vaccination de Gardasil® en l'occurrence.

P : D'accord.

MG8P : Euh... et puis c'est tout.

P : D'accord. C'est varié quoi ! Ok ! Très bien! Qu'est-ce que vous pensez de votre diagnostic ?

MG8P : Ben ce que je pense de mon diagnostic. Ben euh... ce que j'en pense, je ne comprends pas ce que vous attendez de moi ?

P : Ben c'est ça ! Là c'est une question vague, donc voilà vous répondez ce que ça vous inspire en fait.

MG8P : Ben il était juste hein et je regrette peut-être simplement de ne pas, comme c'est une gamine que je suivais euh... depuis toute petit hein, de ne pas avoir peut-être mis les pieds dans le plat plus tôt. Parce que euh... justement comme elle allait parfaitement bien, qu'elle donnait bien le change au niveau de son comportement si ce n'est l'agacement dont on a parlé tout à l'heure. Euh... c'est vrai que j'ai voulu peut-être gérer ça tout seul euh... en passant des contrats avec elle et puis ça a été une erreur puisque finalement j'ai pas su, euh, il a fallu que je passe la main.

P : D'accord. D'accord. Donc du coup qu'est-ce que vous pensez de votre prise en charge ? Vous avez commencé du coup un petit peu à répondre. Donc vous avez...

MG8P : J'ai un petit peu répondu là. Je pense que ma prise en charge ...aurait été plus simple pour une gamine que je ne connaissais pas. Euh... là j'ai voulu maintenir la relation de confiance euh... et ne pas donner l'impression de, de ben dire « voilà, tu vas au centre et tu

voilà, tu iras bien là-bas ! » Voilà bon, maintenant ça ne lui a pas été préjudiciable. Peut-être que de toute façon il fallait en passer par là. Mais bon voilà peut-être que j'aurais pu, j'aurais pu passer la main plus tôt.

P : Ok ! Et passer la main, vous entendez, vous l'avez adressée où en fait ?

MG8P : Ben on a euh... si vous voulez à Rouen comme dans d'autres villes euh... ce qu'on appelle une maison de l'adolescence euh... où finalement il y a une équipe pluridisciplinaire (médecin, psychologue) qui gèrent, qui prennent en charge les différents problèmes plus fréquents au moment de l'adolescence. Ça peut être des problèmes hein, des toxiques, problèmes de mal-être et puis des problèmes d'anorexie comme dans le cas présent.

P : D'accord. Oui. Très bien! Euh... du coup est-ce que vous pensez que depuis que vous avez posé ce diagnostic ça a changé vos relations avec cette patiente ?

MG8P : Oui, oui, oui, oui ! Elle m'a quitté !

P : D'accord. Vous, elle vous a quitté, vous ne la voyez plus du tout en fait ?

MG8P : Non je ne la vois plus du tout. J'ai des nouvelles puisque je continue de soigner d'autres membres de sa famille...

P : D'accord.

MG8P : Euh... mais donc, j'ai revu sa maman qui y'a quelques mois m'avait dit ben « Docteur euh... vous êtes la victime collatérale de tout ça parce que euh... X m'a dit que, la jeune fille c'est X, que finalement elle préférerait peut-être que ce soit une femme qui s'occupe d'elle maintenant ». Donc maintenant elle a un médecin traitant femme donc voilà !

P : D'accord. Ok ! Ensuite, dans votre patientèle, est-ce qu'il y a des patients chez qui vous suspectez des Troubles des Conduites Alimentaires sans leur en avoir parlé ?

MG8P : Intuitivement comme ça j'aurais tendance à vous dire oui. Maintenant j'aurais bien du mal à vous préciser euh... ben exactement oui. Enfin c'est vrai que euh... alors là ça serait plutôt à l'inverse, si vous voulez, des patientes qui ont manifestement je pense, un rapport à l'alimentation qui est perturbé mais qui prenne (?) *Inaudible*. J'ai du mal à le croire. Je soupçonne bien évidemment qu'il y a un dysfonctionnement des conduites alimentaire mais à partir du moment où on est dans la phase de, la fameuse phase de contemplation, euh, avec négation totale du problème euh... on ne peut pas vraiment avancer.

P : D'accord. Ok ! Quelle place pensez-vous avoir dans la prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires ?

MG8P : Excusez-moi, je comprends pas la question.

P : C'est une question, pareil, globale, quelle place vous pensez que le médecin généraliste a dans la prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires ?

MG8P : Ecoutez, je sais pas si c'est ce que je pense mais ce que j'entends en tous cas euh... on a, on a un service de nutrition, j'exerce dans une ville où il y a un CHU euh... donc euh... il y a quelques temps, on avait reçu de la part du chef de service de nutrition, hein, sensibilisation, une réunion de sensibilisation sur les troubles des conduites alimentaires qu'ils considéraient comme étant sous-diagnostiqués et euh... avec une prise en charge insuffisante en médecine de ville donc si je me réfère à ça, sans doute que c'est insuffisant.

P : D'accord. Ok ! Donc plus vous diriez une place d'écoute c'est ça ? J'ai, j'ai, ... allo ?

MG8P : Allo ?

P : Je ne vous entends pas très bien en fait.

MG8P : Oui, je suis navré, je ne sais pas quoi faire.

P : Non, non, ben euh... donc une place d'écoute c'est ça ?

MG8P : Non, non, je disais une place insuffisante.

P : Ah oui ! D'accord. Ah, oui, pardon, ok, très bien ! Euh... c'est parfait ! Vous voulez ajouter quelque chose ou pas, je vous ai coupé ! Non ?

MG8P : Non, non, non, non !

P : D'accord. Et puis j'ai juste une dernière question, est-ce qu'il vous serait possible de nous mettre en relation avec certains de vos patients atteints de troubles des conduites alimentaires ? Parce qu'en fait vous savez en deuxième partie de notre étude, on

interroge les patients pour savoir quel est le rôle, quel rôle, quel est le rôle selon eux, de leur médecin généraliste pour la prise en charge de leur trouble.

MG8P : Ben écoutez comme ça à brûle pour point je vous dirai oui mais qui précisément euh... ben ce sera au fil des consultations qui vont venir mais pourquoi pas oui.

P : En fait, ce qu'on fait euh... le docteur Cadwallader qui est mon directeur de thèse, euh... c'est lui qui vous recontactera d'ici la fin de l'année et puis si vous avez des patients qui vous ont donné leur accord, il prendra leurs coordonnées.

MG8P : D'accord. D'accord.

P : D'accord ?!

MG8P : Très bien!

P : Ok ! Bon ben c'est impeccable, ben donc moi j'ai terminé ! Je vous remercie beaucoup de m'avoir accordé ce temps et je vous souhaite une bonne après-midi !

MG8P : Ecoutez merci. Bon après-midi à vous aussi et bon courage pour votre travail.

P : Euh... Merci beaucoup c'est gentil.

MG8P : A bientôt.

P : Au revoir !

MG8P : Allez au revoir !

MG10JS : Voilà ! Sur ma pratique ou sur mon point de vue. Ou sur un peu de tout quoi !

JS : Tu verras ce sera beaucoup sur ton point de vue. On va déjà commencer par quelques données purement administratives comme d'habitude. Ton âge exact ?

MG10JS : Euh... attends je suis né en 56, 56 !

JS : Donc marié.

MG10JS : Oui.

JS : Tu as des enfants ?

MG10JS : 4.

JS : Ton mode d'exercice actuellement c'est une MSP. Alors tu participes à des formations.

MG10JS : Oui, de temps en temps.

JS : Quelles formations plus spécifiquement ?

MG10JS : Ouf !!! Actuellement à 56 ans je me calme quand même. Mais bon je sais pas je dois faire 2 ou 3 séminaires par an et euh... je sais pas je suis lecteur de prescrire. Ma formation c'est... je suis abonné à « Prescrire, revue du prat », c'est ce que je lis. « Exercer ».

JS : Mouais.

MG10JS : C'est les 3 revues et puis après ben des séminaires, 2-3 par an. Ma dernière formation diplômante c'était un DU psychosomatique et psychanalyse des neuro-sciences à Paris. Et avant euh... j'ai fait des trucs un peu en addicto en plus et puis euh..., euh... un parcours de formations dans la société française de thérapie généraliste. Et puis je suis à la SFMG aussi. De temps en temps je fais aussi des trucs avec la SFMG.

JS : A la SFMG tu y es depuis quand ?

MG10JS : Ouf ! 97. C'est assez éclectique hein. J'allais tout azimut et la SFMG c'est carré.

JS : faire un truc carré.

MG10JS : Silence.

JS : Comment définirais-tu les troubles des conduites alimentaires ? Une définition, la tienne ! Pas forcément la définition académique.

MG10JS : Des difficultés avec une fonction, des difficultés avec des fonctions vitales, l'alimentation, qui a des répercussions sur la santé euh... dans un niveau général.

JS : Quel genre de répercussions euh... sur la santé ?

MG10JS : Euh... obésité morbide, euh... l'anorexie restrictive ou des troubles euh... des troubles psychiatriques : une obsession du poids ou des choses comme ça. Quelque chose de l'ordre de la souffrance. Soit une souffrance physique soit une souffrance psychique.

JS : Donc les 2 types de souffrances. Quand tu dis les deux types de souffrance, ça veut dire l'un ou l'autre ou forcément l'un et l'autre ?

MG10JS : Euh... l'un et l'autre ou l'un ou l'autre enfin il faut qu'il y en ait un ou les deux associés.

JS : D'accord.

MG10JS : L'ostéoporose, qui ont eu des épisodes d'anorexie et qui vont arriver à 60 ans à 60 ans pour une ostéoporose euh... on voit qu'il y a eu des passages anorexiques. Donc pour moi elles ont souffert d'un trouble des conduites alimentaires qui se manifeste par une ostéoporose suite à un passage anorexique avec...

JS : Donc si je résume un peu c'est euh... des troubles de l'alimentation qui ont une répercussion soit physique soit psychique.

MG10JS : Voilà !

JS : ça résume à peu près bien ta...

MG10JS : Oui c'est-à-dire qu'il faut qu'il y ait une problématique alimentaire c'est-à-dire qu'il y ait quelque chose soit, que la personne a des habitudes alimentaires qui diffèrent notamment, enfin qui diffèrent de la moyenne ou que son alimentation soit un problème pour elle.

JS : Oui. D'accord. D'accord. Donc je vais pour bien cadrer pour bien remettre ce dont on va parler par la suite, je vais te redonner les définitions des troubles des conduites alimentaires. Alors celle que je vais te donner, il y en a plusieurs, celle que je vais te donner est celle qui est utilisée dans le dictionnaire des résultats de consultation. Et c'est aussi les mêmes qui sont utilisées dans les recos. Donc c'est l'anorexie, la boulimie ou l'alternance entre la boulimie et l'anorexie avec au moins un des critères suivants récidivant : la peur de grossir, les efforts pour perdre du poids, les régimes inadaptés non justifiés à répétition, le déni du problème alimentaire, l'ingestion rapide d'une grande quantité d'aliments, les vomissements provoqués, les variations importantes du poids, l'aménorrhée, et le désintérêt sexuel et tout ça en dehors des problèmes d'obésité, de pathologies néoplasiques ou endocriniennes et de troubles psychotiques. Exclue de la définition. Donc on va se centrer sur...

MG10JS : Tout ce que tu as énuméré c'était un deux croix.

JS : Oui.

MG10JS : Y'a pas de trucs à 4 croix ?

JS : Mouais, ouais, ouais, ouais. Alors, à la lumière de cette définition que j'ai repris, est-ce que tu te souviens d'avoir pris en charge un patient pour des troubles des conduites alimentaires ?

MG10JS : Ah ben oui un peu !

JS : oui ?

MG10JS : oui.

JS : Est-ce que tu te souviens d'un patient plus spécifiquement parmi ceux que tu as pu prendre en charge ?

MG10JS : Ben comme ça à brûle-pourpoint...

JS : Oui !

MG10JS : Celui qui a marqué le plus, le plus récent ?

JS : Oui, celui que tu veux ? Un dont tu te souviens.

MG10JS : Ben le dernier que j'ai vu.

JS : Mouais, tu peux... l'âge qu'il avait ?

MG10JS : Oui.

JS : Il avait quel âge ?

MG10JS : 60-65 ans.

JS : C'était un homme ou une femme ?

MG10JS : C'était un couple alors je pense que je vais choisir l'homme. Allez je vais prendre l'homme parce qu'est c'est lui qui pose problème.

JS : D'accord. Des antécédents...?

MG10JS : Non, je vais prendre plutôt la femme parce que ...

JS : Fais ce que tu veux.

MG10JS : Oui je vais prendre la femme.

JS : Un cadre pathologique particulier ?

MG10JS : Oui, une obésité morbide avec euh... des euh... des alternances de boulimie et pas vraiment d'anorexie mais une période de régimes inadaptés et puis un gros retentissement somatique avec un diabète, une arthrose, un essoufflement...

JS : D'accord.

MG10JS : et puis surtout des pulsions alimentaires, des boulimies et une certaine souffrance psychologique avec...

JS : Donc ce qui caractérise plus particulièrement cette patiente, a priori c'est la boulimie.

MG10JS : C'est la boulimie euh... dans le sens hyperphagique.

JS : Une prise en charge de traitement pour cette patiente ? D'une manière générale !

MG10JS : D'une manière générale ben bon c'est devenu une diabétique vasculaire quoi donc la totale quoi !

JS : Donc des complications vasculaires !

MG10JS : Oui, oui.

JS : D'accord. Euh... cette patiente, c'est une patiente que tu suis depuis longtemps ?

MG10JS : Depuis, depuis 5 ans.

JS : Ouais. Qui avait déjà des troubles des troubles des conduites alimentaires au moment où tu l'as connue ?

MG10JS : Oui.

JS : D'accord. Est-ce que tu as des patients que tu te souviens avoir suivi au long cours et chez qui tu as identifié l'apparition de troubles des conduites alimentaires ? Des patients que tu suivais qui avaient à priori ou que tu pensais qu'ils n'en avaient pas ou qui n'en avaient pas et chez qui tu t'es dit à un moment...?

MG10JS : Oui, oui.

JS : Tu t'en souviens ?

MG10JS : Oui comme ça la première qui me vient à l'esprit, une jeune femme euh... que je suivais euh... qui est la seule maigre dans une famille d'obèses alcoolique et qui était pour moi à un poids normal, un peu maigre un truc comme ça et que je voyais très rarement ! 25 ans tous les 6 mois etc... Et elle consultait pour en fait fatigue, euh... fatigue, perte de cheveux, euh... ongles cassants ou enfin troubles des phanères et grande fatigue. Et à l'enquête, bon vêtement ample, long gilet tout ça et, elle était en anorexie, elle s'alimentait pas et avec un trouble de conduite, ça a été une jeune maman elle allaitait encore à 2 ans un gosse au bout du sein et ne mangeait pas bon. La case faim n'existait pas.

JS : D'accord.

MG10JS : Et elle s'était surprise ! Elle n'a pas consulté pour ça ! C'était des symptômes.

JS : Alors justement, ces signes précoces euh... ou ils sont pas forcément précoces, prédictifs on va dire, euh... est-ce que tu penses que tu les as identifiés rapidement précocement ou est-ce que tu penses au contraire que c'est plutôt tardivement que tu les as identifiés ?

MG10JS : *Silence*. Ben en médecine on est toujours en retard ! *Rires*. Mais pff ... par rapport à quoi ? Enfin...

JS : De la patiente que tu m'as raconté euh... l'histoire, elle a consulté...?

MG10JS : J'ai tendance à dire assez précocement par rapport à la capacité parce que j'ai une petite manie avec la balance. Une petite manie c'est-à-dire que j'ai le poids de mes patients en attention, donc je fais pas toujours forcément attention mais le poids je suis ça. Je suis ça comme euh... l'huile sur le feu. Donc le poids des patients c'est important. Le passage sur la balance c'est quelque chose qui est important dans ma pratique.

JS : D'accord. Euh... et donc c'est ça qui a ...

MG10JS : Et du coup souvent c'est en fait quand même ce qui se passe autour du poids et autour de l'alimentation des questions dans les rituels. Comment ça va au niveau de l'alimentation, en général on en parle pas directement. Mais s'il y a un problème, si la balance, elle déconne et si à la question on a une mauvaise alimentation enfin, je repère les problèmes, je vais gratter.

JS : Donc on pourrait résumer un petit peu en disant que c'est le fait que tu aies une pratique avec une prise systématique de, du poids, qui t'as orienté cette fois-là, peut-être d'autres fois d'ailleurs.

MG10JS : Prise systématique, c'est-à-dire une attention par rapport au poids, hein. Je fais attention à ce que le poids des patients est quelque chose d'important !

JS : Donc tu surveilles...

MG10JS : Je surveille ça, je surveille alors du coup parfois il y a des refus de prise de poids aussi. Il y en a ils ne veulent pas monter sur la balance. Mais du coup pour moi ça devient important. Ça devient aussi un symptôme. Ils veulent pas monter sur la balance, du coup pour moi ça veut dire que quelqu'un a un problème avec son poids.

JS : D'accord.

MG10JS : c'est normal que le médecin connaisse son poids euh... c'est, ça fait symptôme

JS : Donc ce symptôme de déni, c'est peut-être un peu fort mais ce symptôme de

négligence du poids pour toi c'est un symptôme d'alerte aussi ?

MG10JS : Oui, oui donc ça prouve un malaise avec le poids. La personne elle n'est pas à l'aise avec son poids. J'en sais pas plus mais ça devient un symptôme. Ça fait une croix quoi !

JS : Ca allume la petite lampe...

MG10JS : Ca fait pas 2 croix mais ça en fait une.

JS : Il y a quelque chose à creuser ?!

MG10JS : Voilà !

JS : D'accord. Alors pour revenir à cette patiente qui t'a consulté en fait pour un épisode d'asthénie euh... chez qui tu as identifié une anorexie hein, euh... qu'est-ce que tu penses de ce diagnostic chez cette patiente hein pas de manière générale ? Chez cette patiente. Quand je dis ce que tu penses c'est euh... la façon dont ça s'est passé la façon dont tu l'as évoqué toi la première, a priori, euh... et du diagnostic que tu as posé d'une manière plus générale.

MG10JS : Ben c'est un diagnostic qui semble pertinent... *Sonnerie de téléphone*... parce que du coup il résume une partie des problèmes. Donc du coup ça englobe le poids, ça englobe euh... les troubles des phanères, la fatigue, tout ce, en un mot on résume... Après ça oriente au niveau de la thérapeutique parce que du coup ça va orienter sur ben ... *Sonnerie de téléphone*... problème d'éducation, l'alimentation, les besoins nutritifs et puis sur un intérêt aussi par rapport à une prise en charge voilà.

JS : Alors puisque tu parles de la prise en charge euh... qu'est-ce que tu penses de ta prise en charge ? Alors c'est pas une évaluation qualitative, c'est ce que tu en penses, la façon dont tu perçois !

MG10JS : Ben ... *Silence*... euh... ben elle est pas facile parce qu'il n'y a pas de demandes, donc par rapport aux problèmes posés c'est-à-dire que je pose un diagnostic. Entre le diagnostic de la patiente et mon diagnostic il y a un écart. Elle vient parce qu'elle est fatiguée et elle perd ses cheveux et moi je colle ça dans « Anorexie » et j'englobe tout, mais on a un écart. Je vais chercher à la revoir, je cherche à peser, mais ça n'a rien à voir. Donc il y'a un écart où ça va être un peu difficile. Une prise en charge pas facile parce qu'il n'y a pas de demande de prise en charge par rapport au diagnostic que je peux porter.

JS : Mmh, mmh !

MG10JS : Donc ça va être euh... ça va être compliqué !

JS : Prise en charge un peu compliquée.

MG10JS : Un peu compliqué parce qu'il va falloir euh... il va falloir alimenter la relation. Le patient hypertendu qui a trop de cholestérol, c'est pas compliqué, il va venir, il est voilà. Donc par contre là il va y avoir un problème de trouver un accord. Il va falloir un peu mouiller la chemise. Ça va être un peu compliqué !

JS : Donc ça c'est la difficulté. Est-ce qu'il y a d'autres euh... difficultés à cette prise en charge ou c'est surtout ça ?

MG10JS : Euh... Ouais il y a ça et quelque chose qui est un peu redondant c'est aussi c'est l'histoire, souffrance psy derrière tout ça, jusqu'où on va en médecine générale par rapport à ça ! Euh... et comment passer la main ? S'il faut passer la main, pas passer la main... voilà. Après c'est aussi la pratique de la médecine de famille euh... Le diagnostic par rapport à cette patiente est éclairé de ce que je connais de sa famille. De son papa mort d'alcool, de sa mère obèse, alcoolique, d'une de ses frangines qui est sur le versant boulimique et qui va se faire opérer pour obésité morbide et donc tout ça, ça éclaire le diagnostic.

JS : D'accord. Et cette euh... prise en charge de la souffrance psychique euh... c'est donc une difficulté ou c'est un problème d'organisation ?

MG10JS : *Silence*

JS : Des soins je parle.

MG10JS : Ben je dirais, c'est pas vraiment une difficulté, c'est une adaptation du cadre de soins par rapport à ça.

JS : Tu suis toujours cette patiente ?

MG10JS : Je pense... Je pense, c'est quelqu'un que je vois euh... de temps en temps quoi. Oui

elle est toujours inscrite chez moi donc on se voit 3-4 fois par an. Il y a eu une nouvelle grossesse depuis euh... et ça semble aller mieux. Mais ça reste une personne avec des troubles du comportement alimentaire, poids limite, conduites restrictives toujours à risque.

JS : Et ce diagnostic il a modifié les relations avec la patiente ?

MG10JS : Il a amélioré les relations.

JS : Il a amélioré...

MG10JS : ça a amélioré les relations !

JS : En quoi ça les a améliorées ?

MG10JS : Ben parce que ... il faut appeler un chat un chat quoi ! Du coup il y avait un espèce d'accord là-dessus, en sachant que là ... qu'on a sur ce territoire-là, on peut se débrouiller pour pas le de trop. En sachant que si elle maigrissait de trop, et donc on trouve un point d'équilibre.

JS : D'accord. Est-ce que tu as dans tes patients, des patients chez qui tu as évoqué des troubles des conduites alimentaires sans leur en avoir parlé ?

MG10JS : *Silence.*

JS : Evoqué j'ai bien dit ! Evoqué ou suspecté ?

MG10JS : Non. Evoqué ?

JS : Ben tu...

MG10JS : Ah y penser, sans...

JS : Toi, tu y penses, tu te dis ce patient à peut-être des troubles...

MG10JS : Ah oui !

JS : ...de conduites alimentaires et tu n'as rien dit au patient !

MG10JS : et que j'ai pensé et que je ne lui en ai pas trop parlé.

JS : Voilà.

MG10JS : Oui ça m'arrive, ben oui. Comme dans un travail un peu d'élaboration. On se dit « Tiens, et si c'était ça, mais en parler », on regarde un peu ce qui se passe quoi. On a un temps de réflexion.

JS : D'accord. Mais donc un temps de réflexion et après le temps de réflexion ?

MG10JS : Ou on maintient, ou on va aller.

JS : Ouais.

MG10JS : Mais j'ai pas de patients qui me viennent à l'esprit là-dessus.

JS : Si y'en a pas, y'en a pas un c'est juste une question.

MG10JS : Mais systématiquement des gens un peu maigres avec des obsessions de surpoids et puis des grosses pratiques physiques intenses etc... j'ai tendance à penser à l'anorexie. Oui ça... il faut y faire attention. Et puis dès qu'il y a des patients en surpoids avec des complications je vais penser hyperphagie/obésité automatiquement donc je vais me débrouiller pour savoir, poser des questions quoi. Je fais des coups de sonde : « Comment ça va ? Quelle alimentation ? », enfin voilà... mais on se demande ce qui se passe.

JS : Et donc là c'est toujours par ta pratique du suivi du poids du patient que tu, c'est ça qui t'alerte en fait ?!

MG10JS : Oui.

JS : Alors question beaucoup plus vaste : quelle place penses-tu avoir dans la prise en charge de patients atteints de troubles des conduites alimentaires ? Ta place, en tant que médecin généraliste et ta place à toi, c'est-à-dire l'individu !

MG10JS : Oui. Ben en tant que médecin généraliste je pense qu'on est en pratique important parce que l'endroit où les gens vont vouloir se peser. Donc je crois que c'est vraiment très important tout ça. Que ce soit pas une balance systématique, automatique comme ça pour dans le dossier mais une balance un peu réfléchié autour de tout ça. Je crois que c'est vraiment important dans un truc de prévention, le dépistage de prévention d'abord, de faire attention à son poids. Bon, c'est un indicateur, on se coiffe, on se pèse, on se lave les dents, c'est de la prévention. C'est aussi du dépistage, donc ça c'est des places importantes et puis du coup ça s'articule avec des soins. Et après, alors là c'est plus compliqué c'est une orientation... Par rapport à ça et... une éducatrice sportive à l'hôpital qui m'explique le

réseau qu'ils veulent mettre en place, qu'ils sont en train de mettre en place, comment on oriente tout ça.

JS : Donc là on est bien dans l'organisation du système de soins.

MG10JS : Ouais

JS : Qui fait quoi !

MG10JS : Qui fait quoi. Mais en même temps si, je me souviens, et puis qui sont surpris d'être obèse.

JS : Et justement dans ce cadre du qui fait quoi, le médecin généraliste il fait quoi lui ?

MG10JS : *Silence.*

JS : Enfin, comment tu vois les choses pour le, pour le médecin généraliste, d'une façon assez...?

MG10JS : Ben à la santé avec des indicateurs de ça, donc de santé.

JS : Ouais.

MG10JS : Donc un indicateur simple *Inaudible*. Pour les enfants d'un certain âge, des indicateurs simples et en fonction de ces indicateurs simples de, d'aller peut-être plus loin sur des dépistages ciblés. On va un petit peu plus loin. Quand les gens s'écartent un petit peu trop d'une moyenne alimentaire, d'une moyenne de poids, on en fait une enquête alimentaire. Comment ça se passe l'alimentation ? Je vais pas le faire à tout le monde

JS : Surtout un dépistage ciblé ?!

MG10JS : Voilà, donc y'a un truc tout azimut qui est le poids de tout le monde.

JS : Mouais.

MG10JS : Grosso modo et après il y a une enquête alimentaire quand le poids s'écarte, des apports en termes de calories, quelle est la relation avec la nourriture ? Est-ce qu'il y a des inquiétudes par rapport au poids. Est-ce qu'il y a beaucoup d'anorexie restrictive ? Est-ce qu'il y a des vomissements ?

JS : D'accord.

MG10JS : Vomir. Je ne vais pas la poser à quelqu'un qui a un poids normal. Mais à la limite, des gens qui s'écartent du poids normal je vais leur poser cette question-là. *Inaudible*.... Un paquet de biscuits comme ça. Après il est dégouté de lui-même.

JS : D'accord. Là t'es encore un peu en amont, tes dépistages ou diagnostics et après dans la prise en charge...

MG10JS : *Sonnerie de téléphone.* Alors là, la prise en charge euh... si il y a grosso modo là-dessus, ça va être au long cours avec d'autres intervenants parce que ça va être un diagnostic de souffrance psychique s'il y a anorexie boulimie c'est de pas rester seul. C'est les problématiques lourdes du coup il faut tuyauter une bonne personne. Pour les anorexies parce qu'ils sont quoi, ils vont s'épuiser et puis ça va pas fonctionner. Et pour les boulimiques, se protéger parce que on peut être gobé, envahi. Ne serait-ce que par la logorrhée, l'espace etc... ça fait partie un peu de mon critère de diagnostic. Des gens qui sont un peu en surpoids qui prennent plein de temps en consultation et là on doit se débrouiller pour trouver des intervenants. C'est vraiment tout azimut, ça peut-être la kiné pour l'obésité, la filière obésité.

JS : D'accord.

MG10JS : Mais par contre j'ai de grosses difficultés moi c'est le travail avec une psychiatrie qui ne fonctionne pas ici.

JS : D'accord. Inaudible. A la place de prise en charge en charge le rôle du médecin généraliste en simplifiant un peu ce que tu as dit il est essentiellement de coordination ?!

MG10JS : Il y a un rôle de coordination, non ! Il est de mise en relation !

JS : Une relation, d'accord.

MG10JS : De mise en relation et de garder le lien, de garder la relation.

JS : La relation avec le patient ?!

MG10JS : De relation avec le patient et de travailler ça et de continuer à peser, de continuer à suivre, des objectifs, enfin des choses comme ça. Mais de, tuyauter un petit peu d'organiser.

JS : D'accord.

MG10JS : Mais je pense que c'est déjà pas mal ! *Rires* Mon expérience avec les anorexiques

et les boulimiques c'est déjà pas mal. Rester en piste c'est déjà pas mal. Sans évacuer les patients sans les rejeter et sans être rejeté.

JS : Est-ce que tu souhaites ajouter quelque chose sur euh... sur tout ce qu'on a dit sur le rôle du médecin généraliste, la façon dont euh... ?

MG10JS : Ben c'est que là on a évacué on a centré sur un symptôme mais en général, les gens ils viennent avec 4 symptômes. Trois plaintes ou demandes donc à limite j'ai du mal à penser anorexie, tu vois ?! La patiente citée, elle était anorexique même si elle était maman, on se pose des questions par rapport à l'élevage de son enfant, une pratique d'éducation parce que les visites de PMI et puis elle était aussi, elle perdait ses cheveux donc elle avait bien une alopecie et des ongles qui se cassaient. Donc ça c'est le job de la médecine générale pour moi c'est un petit peu de travailler tout ça ensemble. De partir sur la bande des symptômes chauds c'est pas facile de les aborder mais nous les abordons sur ce qu'il faut pour pas perdre ses cheveux ben voilà, ça permet d'aider sur la perte de cheveux et en même temps ça traite un symptôme, l'air de rien. Pareil, alors pour la boulimie c'est la glycémie, le cholestérol, les genoux qui font mal, les douleurs de dos, voilà. Donc là dans le questionnaire on n'aborde pas ça mais pour les patientes qui ont des problèmes de conduites alimentaires, ils ont plein d'autres choses. Donc ça se renforce mutuellement ça peut annoncer plein d'autres choses dans les, dans notre corps de métier, il est quand même sur le somatique mais nous les examinons physiquement.

JS : Bon si je résume ce que tu m'as rajouté euh... pas trop centrer sur les troubles des conduites alimentaires et peut-être essayer de pas oublier qu'il y a un patient.

MG10JS : Voilà, pas oublier le reste! Qui est nécessaire. N'empêche que c'est bien de faire un focus là-dessus mais faut pas oublier que c'est une maladie qui se nourrit de plein d'autres choses.

JS : D'accord. Je note. Ça fait la liaison avec ma dernière question. Euh... à propos de patients justement est-ce que tu penses que tu pourrais nous mettre euh... enfin pas nous pour le moment mais mettre en contact avec des patients qui accepteraient de, de participer à un travail de ce type-là, c'est pour... on est pas du tout dans le ... dans l'interventionnel euh... est-ce que tu penses qu'il y aura des patients qu'on pourra interroger par exemple pour voir comment ils vivent les choses ?

MG10JS : Oui je pense c'est possible.

JS : C'est possible, donc éventuellement on peut reprendre contact ?

MG10JS : C'est autorisé par l'ordre

JS : Euh... alors après je peux pas te répondre...

MG10JS : Parce que...un truc comme ça

Faculté de Médecine de TOURS

BONNIGAL Alexandrine

MEDINA Prune

56 pages – 3 tableaux – 1 figure

Résumé :

Contexte : Peu d'études décrivent les patients atteints de troubles des conduites alimentaires (TCA) en soins primaires. Il existe un décalage entre la prévalence des TCA en population générale, de l'ordre de 10% chez les adolescentes et celle en médecine générale, de l'ordre de 0,3%. Le médecin généraliste (MG) est souvent cité comme un acteur essentiel de la détection précoce des TCA.

Objectif : Décrire les perceptions des MG de leur rôle dans le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de TCA.

Méthode : Etude observationnelle qualitative collaborative réalisée à partir d'un échantillonnage national raisonné à variation maximale. 19 entretiens téléphoniques semi dirigés de MG adhérents à la SFMG et ayant rencontré au moins une fois un patient atteint de TCA ont été réalisés. L'analyse par théorisation ancrée a été faite par trois investigateurs dans l'ensemble des étapes de codage sur le logiciel Nvivo10.

Résultats : Les définitions personnelles des TCA des MG étaient souvent différentes des définitions de la HAS et du DSM V. Les MG y incluaient des critères plus personnels et subjectifs, centrés sur le patient. Le diagnostic était selon les MG facilité par la place de « médecin de famille ». Les patients décrits par les MG étaient toujours des jeunes femmes anorexiques, aucun cas de boulimie n'a été mentionné. La prise en charge des TCA leur paraissait longue et difficile avec un sentiment d'impuissance fréquemment rapporté. Cependant les MG ressentaient avoir un rôle important.

Conclusion : Cette étude mettait en évidence les difficultés ressenties par les MG dans la définition, le diagnostic et la prise en charge des TCA, même si la saturation des données n'a pu être totalement atteinte. Une étude similaire pourrait être menée auprès des patients. Ainsi, les recommandations actuelles pourraient être modifiées en tenant compte des besoins des MG et des patients.

Mots clés : troubles des conduites alimentaires, médecins généralistes, perception, rôle

Jury :

Président : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Membres : Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE

Monsieur le Professeur Charles COUET

Monsieur le Docteur Marc FILLATRE

Monsieur le Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER

Date de la soutenance : jeudi 31 octobre 2013