

TCA-MG : Prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires par les médecins généralistes français

Jean-Sébastien Cadwallader

▶ **To cite this version:**

Jean-Sébastien Cadwallader. TCA-MG : Prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires par les médecins généralistes français. Santé publique et épidémiologie. Université Paris Saclay (COmUE), 2018. Français. NNT : 2018SACLS015 . tel-01755242

HAL Id: tel-01755242
https://theses.hal.science/tel-01755242

Submitted on 30 Mar 2018

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

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

université PARIS-SACLAY

UNIVERSITÉ PARIS SUD
Comprendre le monde, construire l'avenir

NNT: 2018SACLS015

Thèse de doctorat

TCA-MG : Place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires en France

Thèse de doctorat de l'Université Paris-Saclay
Préparée à l'EDSP

École doctorale n°570
Spécialité de doctorat : Epidémiologie

Thèse présentée et soutenue à Villejuif, le 23 janvier 2018, par

Jean Sébastien Cadwallader

Composition du Jury :

Dr Nathalie Pelletier-Fleury	**Présidente du jury**
Pr Sébastien Guillaume	**Rapporteur**
Pr Alain Moreau	**Rapporteur**
Pr Alain Mercier	**Examinateur**
Pr Henri Partouche	**Examinateur**
Pr Bruno Falissard	**Directeur de thèse**
Dr Caroline Huas	**Co-directrice de thèse**

université PARIS-SACLAY | ÉCOLE DOCTORALE Santé Publique

Title : ED-GP : General Practitioners management of patients with eating disorders in a primary care setting.

Keywords : Eating disorders, General Practice, Primary Care, screening, depression, temporality.

Background : People suffering from eating disorders (ED) may have a better prognosis if they benefit from ~~an~~ early management for their disease. GPs are often quoted in international guidelines as the main actors of screening and early management of ED patients. Prevalence studies in a primary care setting however find few ED patients and sometimes none. No study in GP has been done in France. Depressive disorders are often related as a comorbidity of ED.
Aim: to study the GP role of ED patients management.
1) To evaluate the efficacy of systematic screening of ED patients conducted by GPs on prognosis and recovery.
2) To describe the characteristics of ED patients followed by their GPs and study the temporality between depression management and ED management.
3) To describe GPs and patients' views of the role of GPs management of ED patients.
Methods
1)Systematic review according to PRISMA statement
2)Cohort study in a French GP setting of ED patients with analysis of different follow up groups comparing ED patients with depression to ED patients without depression.
3)Qualitative study of ED patients comparing GPs and patients' views selected in the cohort study, with a grounded theory approach and a phenomenological approach, double coding of semi directive interviews.
Results : the systematic review found no evidence of efficacy of systematic screening of ED patients by GPs. The literature is too heterogeneous and contains mainly opinion papers in primary care.
1310 patients (out of 350,000) had at least one consultation for ED by GPs in the French database between 1994 and 2007. 80 % were women, mean age of 35.19 years. Only 39 % benefited from a follow up for ED. 67.1 % were taken in charge for the first time. 32.3 % of ED patients had at least one consultation for depression, 62.41 % for the first time. ED patients with depression were older, followed longer for ED then the others. One fifth of patients had at least one prescription of antidepressants during their follow up period, half of them had anxiolytics. Depression management did not precede ED management.
In the qualitative study, 24 GPs and 8 patients described the management as difficult and long. The key to ~~a~~ good management depended on trust, with a patient willing to talk about her disease; overcoming shame and denial, and a GP ready to listen, overcoming his helplessness feeling.
Discussion : it was the first study about this subject in France, using complementary methods. Management points are to be defined in primary care. Depression and ED are cofactors and should be managed in a global approach. This approach will have to take into account signs found in those two syndroms: low self esteem, negative body image, abuse background, pscyhiatric diseases in family (depression and ED) in first degree relatives.

REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement ma codirectrice de thèse Caroline, pour son accompagnement indéfectible tout au long de ces années, avec tous les aléas rencontrés. Merci pour tes compétences, ton esprit de perfection, tes conseils avisés, et surtout pour l'idée de ce travail. Une sacrée aventure !!

Je remercie aussi Bruno, mon directeur pour ses conseils et son accueil dans l'unité. Sans des personnes comme toi, il n'y aurait pas de recherche en médecine générale dans les unités INSERM ! Je suis très heureux de t'avoir rencontré et je te remercie pour ta confiance concernant les cours de recherche qualitative au nom de l'unité UMR 1178.

Je remercie Nathalie Pelletier Fleury pour me faire l'honneur de présider cette thèse. Et aussi pour l'organisation du master HSR qui fonctionne tellement bien depuis plusieurs années et permet aux médecins généralistes de se former à des méthodes indispensables aux soins primaires.

Je remercie également Alain Moreau pour être un des rapporteurs de ma thèse. Venu spécialement de Lyon, endroit où j'ai effectué mon Master il y a déjà quelques années. Une deuxième maison de recherche pour moi ! Merci pour tout son investissement en médecine générale depuis tant d'années et son humanité.

Je remercie chaleureusement Sébastien Guillaume pour me faire l'honneur d'être rapporteur dans mon jury de thèse, en traversant la France. Une belle rencontre à la HAS.

Un très grand merci à Alain Mercier pour examiner ma thèse et donner ses conseils avisés. Un honneur et un bonheur sur tous les plans. Merci tellement !

Je remercie aussi Henri Partouche d'avoir accepté sans problème de participer au jury au pied levé et pour son expertise en médecine générale depuis tant d'années !

Je tenais aussi à remercier Jean Bouyer, Audrey Bourgeois et Fabienne Renoirt pour leur aide tout au long de ce long parcours. Pour leur compréhension et leur gentillesse.

Un énorme merci aux anges gardiennes de l'UMR 1178 Christine et Caroline pour leurs compétences, leur gentillesse, leur soutien inconditionnel durant toutes ces années. Merci à Massi pour ton aide précieuse, tes qualités humaines !

Merci à tous les doctorants de l'unité pour ces années de thèse et les copublications à venir : Massi (encore !), Juliette et tous les autres

Un énorme merci aux départements de médecine générale de Tours et Paris UPMC pour leur soutien indéfectible, la gestion de mes absences répétées, le soutien financier (vive REMEGE), les conseils, mon émancipation en médecine générale.
Un grand merci au CMS d'Aubervilliers, ses directeurs successifs, mes collègues exceptionnels qui comprennent (quelque fois !) mon enthousiasme très expressif pour la recherche en médecine générale…
A la revue exercer, au CNGE et FAYR GP !

Des remerciements très spéciaux :

- A Jean Pierre Lebeau pour tout. Je ne m'étends pas trop, pour ne pas te donner la grosse tête. A très vite pour de magnifiques évènements (en famille). Merci pour tout ce que tu apportes à tes amis et à la médecine générale. Mentor, ça te va ?
- A Isabelle Auger Mercier, ma deuxième maman, pour ton aide, ta lumière quand il ne faisait pas très beau dehors.
- A Marie Thérèse et Claude qui sont le témoin que l'excellence en soins primaires existe en toute humilité, là-bas au Canada
- A tous mes amis de la FUMG : nous sommes liés pour toujours, passé par tellement d'épreuves personnelles et professionnelles, les combats syndicaux, les victoires associatives, les discussions sans fin. 11 ans déjà ! Merci David, Polo, Yannick, Alan, Clarisse, Marie, Aurélie, Agnès, Aymeric, Kty, Hélène, Julien et tellement tellement d'autres
- Aux thésards qui ont participé aux travaux de recherche (Aurélie, Yas, Alexandrine, Prune) à Tours ou Paris

Des remerciements très très spéciaux :

- A ma famille pour leur amour et leur confiance en mes choix professionnels (et personnels). Ça y est j'ai fini mes études (18 ans après le bac) ! A mes parents et ma sœur Chloé. Sans vous, je n'aurais pas eu la curiosité intellectuelle, la volonté permanente de me questionner. Ma sœur, on va pouvoir travailler ensemble maintenant pour améliorer la santé des gens et développer une approche respectueuse des soins !
- A mes amis proches, déjà cités pour certains un peu plus haut. Une spéciale dédicace à mon futur beauf Nico, pour les discussions constructives (et les autres discussions !). A ma belle-famille qui m'a accueilli à bras ouverts, si naturellement, et pour leurs encouragements permanents !
- A Julie-Joséphine : à mon tour de te remercier dans un travail de thèse. Je n'ai même pas les mots pour exprimer ce que je ressens. J'ai commencé ce travail sans toi, je le termine avec toi. Je pense même que je ne l'aurais jamais terminé sans toi. Tellement de bonheur à venir. Merci pour ta pertinence, ton amour inconditionnel, pour tout...Un cycle entier qui se termine et un nouveau qui redémarre. Un dernier mot : « alignés ».

  Lilia, je te dédie ce travail. Tu as la moitié de l'âge de ma thèse…j'espère qu'un jour tu la liras et je te raconterai toute l'histoire autour de cette thèse… tu peux « compter » sur moi ma fille.

Aux pionniers de la médecine générale.

Wherever the art of Medicine is loved, there is also a love of Humanity. Hippocrates

FINANCEMENTS

Fondation Nestlé pour l'étude qualitative

Thèse préparée au sein de l'Unité Inserm UMR S1178

Maison de Solenn

97 boulevard de Port Royal

75014 Paris

1 INTRODUCTION GENERALE 15
1.1 Définitions 15
1.1.1 Définition des troubles des conduites alimentaires 15
1.1.2 Evolution des définitions dans le DSM 16
1.2 Epidémiologie en population générale 22
1.2.1 Anorexie mentale 22
1.2.2 Boulimie nerveuse 22
1.2.3 Hyperphagie boulimique 22
1.2.4 TCA-NS 22
1.3 Les TCA en médecine générale et en soins primaires 22
1.3.1 Soins primaires : définition et organisation 23
1.3.2 Population générale et population de médecine générale 24
1.3.3 Epidémiologie des TCA en soins primaires 24
1.4 Pourquoi prendre en charge les patients atteints de TCA ? 25
1.4.1 Pronostic des TCA 25
1.4.2 Des MG cités comme acteurs principaux du dépistage 25
2 OBJECTIFS GENERAUX 26
3 IMPACT DU DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DES PATIENTS ATTEINTS DE TCA EN SOINS PRIMAIRES : UNE REVUE DE LA LITTERATURE 28
3.1 Les possibilités de dépistage des TCA par les MG 28
3.2 Objectif 29
3.3 Méthodes 29
3.3.1 Stratégie de recherche 29
3.3.2 Sélection des articles 30
3.3.3 Analyse de la littérature et extraction des données 30
3.4 Résultats 31
3.4.1 Identification et sélection de la littérature en lien avec le sujet 31
3.4.2 Principales caractéristiques des études incluses 33
3.4.3 Population étudiée, recrutement, outils de dépistage et outils diagnostiques 35
3.4.4 Description et suivi des patients inclus 38
3.4.5 Description des trajectoires et parcours de soins 40
3.4.6 Description des critères cliniques 43

3.5 Discussion 47
3.5.1 Reprise des résultats principaux 47
3.5.2 Caractéristiques méthodologiques des études incluses et impacts sur les résultats ... 47
3.5.3 Validité des définitions des TCA en médecine générale 48
3.5.4 Implications pour la pratique clinique future 49
3.5.5 Forces et faiblesses de l'étude 50
3.6 Conclusion 50
4 ETUDE D'UNE COHORTE EN MEDECINE GENERALE DE PATIENTS ATTEINTS DE TCA .. 51
4.1 Qui sont les patients atteints de TCA en SP ? 51
4.2 Objectifs et hypothèses 51
4.3 Méthode 51
4.3.1 Présentation de l'Observatoire de la Médecine Générale 51
4.3.2 Le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC) 52
4.3.3 Population étudiée 53
4.3.4 Exploitation des données (Data management) 55
4.3.5 Analyse descriptive 60
4.3.6 Etude de la temporalité DEP-TCA 61
4.4 Résultats 62
4.4.1 Description de l'échantillon 62
4.4.2 Comparaison des patients TCA avec ou non une prise en charge pour dépression/humeur dépressive 67
4.4.3 Étude de la temporalité TCA et DEP 71
4.5 Discussion 76
4.5.1 Synthèse des résultats principaux : des patients âgés et déprimés 76
4.5.2 Comparaison avec la littérature : des caractéristiques spécifiques aux soins primaires ? 78
4.5.3 Forces et faiblesses de l'étude 80
4.5.4 Perspectives : vers une approche diagnostique globale inscrite dans la durée 82
5 PLACE DES MG DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE TCA : UNE ETUDE QUALITATIVE 83
5.1 Comprendre la sous détection des patients atteints de TCA en SP 83
5.2 Méthodes 83

5.2.1 Type d'étude : méthode qualitative en miroir 83
5.2.2 Etude sur les MG 84
5.2.3 Etude sur les patients 85
5.3 Résultats pour les MG 87
5.3.1 Le TCA : un seuil pathologique flou et une situation peu rencontrée 88
5.3.2 Une rencontre avec une personne et un entourage au parcours difficile 95
5.3.3 Une impuissance manifeste mais le bon sens comme «arme» de prise en charge 98
5.3.4 Une alliance thérapeutique fondamentale dans une prise en charge pluriprofessionnelle à double tranchant pour le MG 99
5.4 Résultats pour les patients 106
5.4.1 Le parcours de vie complexe des patientes : Le trouble alimentaire comme causes et conséquences 108
5.4.2 La prise en charge : une rencontre avec le diagnostic psychiatrique et les acteurs de santé 110
5.4.3 Gérer son trouble alimentaire au quotidien : un fardeau et des solutions 114
5.4.4 Le médecin généraliste, un acteur de confiance, un allié 117
5.5 Discussion 120
5.5.1 Résultats principaux pour les MG et modèle en théorisation ancrée 120
5.5.2 Construction d'un modèle en IPA pour les patients 122
5.5.3 Mise en perspective des perceptions des MG avec la littérature 124
5.5.4 Mise en perspective des perceptions des patients avec la littérature 126
5.5.5 Comparaison des résultats des deux études qualitatives 128
5.6 Forces et faiblesses des études 128
5.6.1 Choix de deux études en miroir 128
5.6.2 A propos des MG 129
5.6.3 A propos des patients 129
5.7 Perspectives de recherche 130
5.7.1 Vers une approche biopsychosociale des TCA en SP? 130
5.7.2 Explorer l'estime de soi 130
5.7.3 Travailler sur les représentations négatives des médecins 130
6 DISCUSSION GENERALE 131
6.1 Reprise des principaux résultats 131

6.2 Modèle de diagnostic en SP des TCA 132
6.2.1 Dépression et TCA : des codiagnostics d'un mal être 132
6.2.2 « Labelling effect » et stigmatisation 134
6.2.3 La classification internationale des soins primaires comme outil de dépistage, repérage, détection précoce 135
6.3 Prise en charge thérapeutique des patients atteints de TCA 136
6.3.1 Les prises en charges thérapeutiques connues 136
6.3.2 La prise en charge des symptômes du mal être 137
6.4 Une formation centrée sur la relation médecin-patient et des recommandations adaptées au cadre des soins primaires 138
6.4.1 Une formation aux compétences relationnelles et à une approche centrée sur le patient 138
6.4.2 Des recommandations françaises sur la boulimie et l'hyperphagie boulimique 139
6.5 Les approches communautaires 139
6.6 L'approche pluriprofessionnelle : vers une amélioration de la prise en charge en SP? 140
7 CONCLUSION 141
8 BIBLIOGRAPHIE 144
9 ANNEXES 153
9.1 Annexes : guides d'entretien, journal de bord, carte heuristique et exemple d'entretien 153
9.2 Annexe 2 : extraits du journal de bord des investigateurs 155
9.3 Annexe 3 : Guide d'entretien des patients 161
9.4 Annexe 4 : exemple de carte heuristique P6 162
9.5 Annexe 5 : exemple entretien MG (MG3JS) 163
9.6 Annexe 6 : entretien patient 178

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: évolution des critères de l'anorexie mentale (inspiré de Caroline Huas, 2011) 17
Tableau 2 : évolution des critères de définition de la boulimie nerveuse (inspiré de Caroline Huas, 2011) 19
Tableau 3 : Caractéristiques principales des études incluses et la population étudiée (ordonnées par type d'étude) 34
Tableau 4 :Population étudiée, recrutement, identification et validation 37
Tableau 5 : Description des patients inclus, trajectoire de soins, critères cliniques (toutes les études) 39
Tableau 6 : Description des trajectoires de soins/parcours de soins des patients inclus (6 études avec des informations de TS) 41
Tableau 7 : description des critères cliniques des patients inclus (7 études avec des informations de CC 45
Tableau 8 : description du RC anorexie/boulimie 53
Tableau 9 : description du RC dépression 55
Tableau 10 : RC d'intérêt associés aux RC TCA pour l'étude 56
Tableau 11 : caractéristiques principales des patients TCA, à propos de l'échantillon total puis en fonction de la prise en charge pour DEP 64
Tableau 12 : caractéristiques principales des patients TCA en fonction des types de TCA (AM, BN, TCA-NS) ... 65
Tableau 13 : comparaison de prescription d'antidépresseurs (AD) entre les patients TCA DEP et non DEP 69
Tableau 14 : prescription médicamenteuse des patients TCA (n=546) 70
Tableau 15 : profils de suivi pour DEP en fonction des profils de suivi pour TCA 72
Tableau 16 : caractéristiques principales des MG interrogés 88
Tableau 17 : caractéristiques principales des patientes interrogées atteintes de TCA 107

TABLE DES FIGURES

Figure 1: diagramme de flux selon les critères PRISMA 32
Figure 2 : Diagramme de flux : sélection des participants 54
Figure 3: Profils de suivi pour TCA suivant la consultation d'inclusion 66
Figure 4 : Durée des suivis selon le statut DEP ou non DEP (moyennes) 67
Figure 5: profil de suivi pour dépression chez les patients ayant un RC TCA 71
Figure 6: répartition temporelle des patients DEP en fonction de la consultation d'inclusion pour TCA 73
Figure 7: répartition temporelle des patients DEP en fonction de la consultation d'inclusion pour AM (n=150) 74
Figure 8 : répartition temporelle des patients DEP en fonction de la consultation d'inclusion pour BN (n=139) 74
Figure 9 : répartition temporelle des patients DEP en fonction de la consultation d'inclusion pour TCA-NS (n=134) 74
Figure 10: modèle de perception des MG de la prise en charge des patients atteints de TCA 122
Figure 11 : modèle de perception des patients de la prise en charge de leur TCA par les MG 124
Figure 12 : modèle de codiagnostic de la dépression et des TCA en médecine générale 134

LISTE DES ABREVIATIONS

AD: Antidépresseurs

AM : anorexie mentale

AMBP : anorexie mentale avec « binge purging »

APA : American Psychiatric Association

API : analyse interprétative phénoménologique

ATC : Anatomique, thérapeutique, chimique (classification)

BDI: Beck Depression Inventory

BITE: Bulimic Investigatory Test, Edinburgh

BN : boulimie nerveuse

BULIT-R : Bulimia Test Revised

CC : critère clinique

CCTIRS : comité consultatif de traitement de l'information et de recherche en santé

CIM-10 : classification internationale des maladies-10 ème version

CISP : classification internationale des soins primaires

CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNGE : Collège National des Généralistes enseignants

CNIL : Commission Nationale Informatique et des Libertés

CONS MED : Consommation médicamenteuse, base de données

CPP : comité de protection des personnes

DEP : dépression/humeur dépressive

DES : diplôme d'enseignement spécialisé

DMG : département de médecine générale

DRC : dictionnaire des résultats de consultation

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSM : diagnostic de santé mentale

DUMG : département universitaire de médecine générale

EAT : eating attitude test

ECR: essai contrôlé randomisé

EDE : eating disorder examination

ESP: Eating disorder Screen for Primary care

GAA : Guide d'Auto Assistance

GB : Grande bretagne

HAS : Haute Autorité de santé

HB : hyperphagie boulimique

IMC : indice de masse corporelle

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

IPP : inhibiteur de la pompe à protons

IRDES : institut de recherche et de documentation en économie de la santé

MED AD : médicaments antidépresseurs , base de données

MG: Médecine Générale/médecins généralistes

NICE : National Institute for Health and Care excellence

OMG: observatoire de la médecine Générale

OMS : organisation mentale de la santé

PAT : patients, base de données

RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions

SFMG : Société française de Médecine Générale

SP : soins primaires

SRT: Symptom Rating Test

TCA : trouble des conduites alimentaires

TCA-NS : trouble des conduites alimentaires non spécifiés

TS : trajectoires de soins

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

WONCA: World Organization of National Colleges and Academic Associations of General Practitioners /Family Physicians

VALORISATION SCIENTIFIQUE

Articles

1) **Cadwallader JS**, Godart N, Chastang J, Falissard B, Huas C. Detecting eating disorder patients in a general practice setting: a systematic review of heterogeneous clinical outcomes and care trajectories. Eating and Weight Disorders 2016;21:365-81. IF = 0,78, cat C
2) **Cadwallader JS,** Orri M, Hassler C, Barry C, Falissard B, Huas C**.** Description of patients with eating disorders in a French general practice setting. Article en soumission
3) **Cadwallader JS,** Gilles de la Londe J, Robert S, Steinecker M, Falissard B, Huas C. Patients and GPs views of patients with ED management in a primary care setting. Article en soumission

Communications orales

1) **Cadwallader JS**, Hassler C, Falissard B, Huas C. TCA MG : Primary care management of patients suffering from eating disorders (ED). Congrès EGPRN, Llubjana, Slovénie, Mai 2012.

2) **Cadwallader JS,** Hassler C, Falissard B, Huas C. TCA MG: description de la population atteinte de TCA en médecine générale. Congrès de la médecine générale, Nice, France, Juin 2012.

3) **Cadwallader JS**, Deniau A, Falissard B, Huas . Evaluation de la prise en charge des troubles des conduites alimentaires en soins primaires : une revue de la littérature. Congrès du CNGE, Lyon, France, Novembre 2012.

4) **Cadwallader JS**, Deniau A, Falissard B, Huas . Evaluation de la prise en charge des troubles des conduites alimentaires en soins primaires : une revue de la littérature. Congrès de la médecine générale, Nice, France, Juin 2013.

5) **Cadwallader JS**, Deniau A, Falissard B, Huas . Evaluation de la prise en charge des troubles des conduites alimentaires en soins primaires : une revue de la littérature.2èmes journées interrégionales de la recherche en médecine générale de Tours, Tours, France, Février 2013.

6) **Cadwallader JS,** Deniau A, Godart N, Falissard B, Huas C. Impact du dépistage des troubles des conduites alimentaires en soins primaires ; une revue de la littérature. 6ème Préconférence Junior française de Médecine Générale, Bichat, France, Avril 2014.

7) **Cadwallader JS**, Medina P, Bonnigal A, Lebeau JP, Huas C. Perceptions par les médecins généralistes de leur rôle dans le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires. Congrès de la médecine générale, Paris, France, Avril 2014.

Posters

1) **Cadwallader JS**, Hassler C, Falissard B, Huas C. Les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires en soins primaires. 2èmes journées interrégionales de la recherche en médecine générale de Tours, Tours, France, Janvier 2012.

2) **Cadwallader JS**, Deniau A, Godart N, Falissard B, Huas C. Detecting eating disorder patients in a general practice setting: a systematic review of clinical outcomes and care trajectories. Congrès EGPRN, Barcelona, Mai 2014.

Recommandations de bonne pratique

Haute Autorité de Santé : participation au groupe d'écriture de « boulimie et hyperphagie boulimique : diagnostic et prise en charge », 2018

PREAMBULE

Ce travail de thèse s'inscrit dans la continuité du travail de thèse de Caroline Huas intitulé « facteurs de mauvais pronostic chez des patientes hospitalisées pour troubles des conduites alimentaires. Rupture de contrat thérapeutique et mortalité. » soutenue en 2010 à l'école doctorale 420. Un des constats de la thèse et de la littérature était qu'une prise en charge précoce pouvait améliorer le pronostic de ces patients.

L'abord de ces troubles en médecine générale semblait indispensable et pourtant peu connu. Les médecins généralistes sont-ils acteurs de dépistage, de repérage, de détection ou de prise en charge précoce ? En population générale, la fréquence des ces troubles est de 6 %, en médecine générale à peine de 1 à 2 %. Où sont ces patients ?

De très nombreux travaux de recherche ont été publiés ces dernières années dans un contexte de soins secondaires ou tertiaires, c'est-à-dire en milieu hospitalier général ou spécialisé. La médecine générale s'inscrit dans un contexte de soins primaires, c'est-à-dire des soins concernant des personnes tout venants. Ils sont le plus souvent en bonne santé.

La transposition des résultats d'études hospitalières n'est pas possible dans un contexte de soins primaires. Nous nous sommes donc efforcés à dépasser les frontières conceptuelles des procédures de soins (dépistage, diagnostic, traitement) et de validité diagnostique entre l'univers ambulatoire et hospitalier. D'autant que pendant la durée de la thèse, la classification de santé mentale, le diagnostic de santé mentale (DSM), a publié une 5ème version en apportant de nombreux changements dans le domaine de cette pathologie.
Il fallait aussi tenir compte de la différence d'organisation des soins primaires entre les pays et donc des publications qui en découlaient, avec une littérature riche et très diversifiée (parfois trop…)

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) touchent l'ensemble des composantes physique, psychologique, sociale d'un individu. Un abord sociologique de cette pathologie est aussi nécessaire. Des concepts sociologiques appliqués au terrain de la médecine générale ont été utilisés, voire élaborés. Ils permettent l'étude des processus d'action et de décision du couple médecin-patient dans ce contexte si particulier de la médecine générale (les soins primaires regroupent en plus des médecins généralistes tous les acteurs de premier recours d'un système de soins).

Ce travail avait pour objectif de discuter à la fois l'intérêt d'un dépistage des TCA et de la prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires en médecine générale.

1 INTRODUCTION GENERALE

1.1 Définitions

1.1.1 Définition des troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont des troubles mentaux caractérisés par une relation perturbée à l'alimentation associée à une perte de contrôle des prises alimentaires (restriction ou excès) et accompagnée parfois d'un trouble de l'image corporelle. Ils font partie de l'axe I « troubles majeurs cliniques » de la classification DSM (Diagnostic and Statistical Manual) développée par l'American Psychiatric Association (APA). De nombreuses classifications médicales ont coexisté, surtout dans le domaine de la santé mentale.

L'intérêt de classer ou de catégoriser une pathologie est la prise en compte de spécificités de groupes d'individus pour une prise en charge plus adaptée sur le plan diagnostique et thérapeutique.

En psychiatrie actuellement, deux classifications principales coexistent : la Classification Internationale des Maladies (développée par l'Organisation Mondiale de la Santé, CIM-10 www.who.int) et le DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual, 5ème version, www.psych.org)[1]. Elles consistent en des approches syndromiques et cliniques du diagnostic psychiatrique. La recherche en psychiatrie utilise surtout la classification DSM, qui était celle utilisée dans ce travail. Par ailleurs, elle a pour vocation d'apporter une aide à la pratique clinique par l'utilisation de critères adaptés au clinicien.

Le DSM-IV datait de 1994[2] et sa version révisée DSM-IV TR de 2000[3]. De nouvelles données scientifiques ont été publiées dans le domaine de la santé mentale dans les 15 dernières années, ce qui rendait nécessaire une nouvelle version du DSM[4]. La sortie en 2013 du DSM-V[5] a modifié l'approche diagnostique des TCA. Ces modifications étaient intéressantes à décrire tout au long du travail de la thèse, qui s'est déroulé de 2011 à 2016.

La classification DSM IV-TR, utilisée dans notre étude définit les TCA selon 3 grandes catégories

- L'anorexie mentale ou nerveuse (AM pour notre étude).
- La boulimie nerveuse (BN pour notre étude).
- Les TCA non spécifiés (Eating Disorders not Otherwise Specified, TCA-NS pour notre étude).

La troisième catégorie comporte des formes partielles, subsyndromiques des deux premières catégories ou des troubles alimentaires en cours de définition. Elle représente plus de 50 % des TCA[6]. La prédominance de ces troubles peu spécifiés et donc de traitements peu spécifiques a provoqué dès les années 2000 des débats au sein de la communauté pour la nouvelle classification DSM. Ces débats étaient aussi alimentés par la labilité des diagnostics dans le temps[7]. Des études de cohortes ont montré des passages d'une catégorie de TCA à une autre, 50 % des patients ayant un diagnostic d'AM développaient une BN et 30 % des patients ayant un diagnostic de BN avaient eu un diagnostic d'AM[8]. Après plusieurs années le consensus a été établi pour le DSM-V

- Les TCA sont devenus les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires (TACA) pour tenir compte des différents syndromes en cours d'exploration, que nous détaillerons plus loin.

- L'hyperphagie boulimique initialement inclue comme sous-catégorie de TCA-NS est devenue une catégorie à part entière.
- Les seuils de poids et d'indice de masse corporelle (IMC) ont été revus, en établissant plutôt un seuil individuel, avec une notion de poids inférieur à un poids normal attendu pour la personne plutôt qu'un seuil unique pour tous, pour tenir compte de la dynamique individuelle des trajectoires de l'IMC (exemple : passer de 25 d'IMC à 21 d'IMC en 2 mois peut constituer une alerte, même si l'IMC reste normal).
- Les critères ont été assouplis afin de tenter d'améliorer le dépistage de façon précoce.

1.1.2 Evolution des définitions dans le DSM

Le DSM-I (1952, inspiré de la CIM-6) a été le premier manuel officiel des troubles mentaux à se centrer sur l'utilité clinique. L'objectif 1er du DSM-III (APA 1980)[9] a été de permettre des comparaisons inter ou intra population, donc de présenter un bon accord interjuge, c'est-à-dire un accord entre deux observateurs (ou plus) sur la nature de ce qui est observé, classé ou ordonné lors d'une observation systématique. Le DSM-III a introduit un nombre important d'innovations méthodologiques : des critères diagnostiques explicites et une approche descriptive qui tentait d'être neutre en ce qui concernait les théories étiologiques et qui se voulait utilisable à la fois par des chercheurs et des cliniciens. Son système multiaxial tenait compte de la présentation clinique principale, des comorbidités et du retentissement sur la vie du sujet. Des incertitudes et des contradictions ont conduit à la modification des classifications et à la publication du DSM-III-R (révisé) (APA 1987)[10], du DSM-IV (APA 1994)[2], son texte révisé le DSM-IV TR (APA 2000)[3] et du DSM-V (APA 2013)[1].

1.1.2.1 Anorexie mentale : évolutions des classifications et de définitions des TCA

Le tableau 1 rassemble les principales définitions catégorisées utilisées dans l'anorexie mentale. Il s'inspire de la thèse de Caroline Huas[11]. En résumé, toutes les classifications reprennent la notion de la peur de prendre du poids et de la perturbation de l'image du corps. La quantification de la perte de poids est définie soit par rapport à soi-même, soit par rapport à des courbes de références. Elle est passée de 25 % du poids initial (APA 1972, DSM-II) ou de la courbe de référence (APA 1987)[10] à 15 % en dessous de la normale fixée dans le DSM-III[9]. Dans le DSM-IV TR[3], le seuil était fixé à un indice de masse corporelle < 17.5 kg/m². Le DSM-V est revenu à une notion de poids inférieur à un poids normal attendu pour la personne[1]. L'aménorrhée est apparue dans le DSM-III R[10] mais a disparu dans le DSM-V. Dans le DSM-IV apparaissent la notion de déni et les deux sous types : restrictifs et « avec crise de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs » (binge-eating/purging type, qui sera noté AMBP dans la suite du manuscrit).

Tableau 1:évolution des critères de l'anorexie mentale (inspiré de Caroline Huas, 2011)

Classifications	**DSM-III (1980)**	**DSM-III R (1987)**	**DSM-IV (1994) DSM-IV TR (2000)**	**DSM-V (2013)**
Nombre de critères	5	3	4	3
Caractéristiques de l'évolution par rapport à la classification précédente	1ère définition à ne pas être une définition d'auteur	- Suppression du diagnostic différentiel - Ajout aménorrhée	Introduction du mot déni	- suppression aménorrhée - Précision de la définition de la perte de poids
Peur persistante de prendre du poids malgré amaigrissement et/ou perte de poids volontaire	Oui	Oui	Oui	Oui
Perturbation de l'image du corps	Oui	Oui	Oui	Oui
Quantification de la perte de poids	>25 % du poids initial	Conduisant à un poids de 15 % inférieur à la normale	Conduisant à un poids de 15 % inférieur à la normale	Conduisant à un poids de 15 % inférieur à la normale ou attendu
Sous types d'anorexie (purgatif et restrictif)	Non	Non	Oui	Oui
Critères d'exclusion	Oui	Non	Non	Non
Déni de la gravité	Non	Non	Oui	Oui
Aménorrhée	Non	Oui	Oui	Non
Comportements compensatoires purgatifs	Non	Non	Oui	Oui
Activité physique excessive	Non	Non	Non	Non
Age d'apparition	Adolescence	Non	Non	Non

1.1.2.2 Anorexie mentale : critères diagnostiques

Les critères diagnostiques de l'AM selon le DSM IV TR[3] étaient

A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimal normal pour l'âge et la taille (perte de poids conduisant au maintien du poids inférieur à 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance, conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu).
B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.

C. 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.
D. Chez les femmes postpubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins 3 cycles menstruels consécutifs.

Il existait deux types d'AM

- De type restrictif : pendant l'épisode d'AM, 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 (AMBP)**:** pendant l'épisode actuel d'AM, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs.

Ces critères étaient utilisés par la Haute Autorité de santé (HAS) lors des recommandations de 2010[12]. Les recommandations du NICE (National Institute for Health and Care excellence) de mai 2017 ont repris les critères du DSM-V[13].

- Le critère D., « Aménorrhée », ne fait plus partie des critères DSM V, car il existe des cas avec une activité menstruelle discontinue et le critère est difficilement applicable aux jeunes filles avant leurs 1ères règles, aux femmes avec une contraception orale ou les femmes ayant une ménopause et aux hommes[4].
- Le critère A a été remplacé dans le DSM-V par « Restrictions énergétiques menant à un poids inférieur au poids normal pour le sexe, l'âge et la taille », c'est-à-dire pour un adulte un IMC<18,5 et pour les adolescents selon les courbes de l'IMC. Le chiffre de 17,5 d'IMC ou de 85 % du poids du corps ne sont donc plus retenus pour laisser plus de logique à la clinique et au diagnostic syndromique effectué par le clinicien.

1.1.2.3 Boulimie nerveuse : évolutions des classifications et de définitions des TCA

Le tableau 2 résume les principales définitions catégorisées utilisées dans la boulimie. A sa création en 1979, la définition de la boulimie reposait sur trois critères[4] : les comportements boulimiques « pulsions irrésistibles et impérieuses à manger avec excès », les comportements compensatoires, la « peur de devenir gros ». Sa définition ne comportait aucun élément ni de fréquence ni de quantité. A partir du DSM-III[9], la définition de la crise de boulimie comportait des critères de durée et de quantité et associée à une dépression. Dans le DSM-III-R[10], il était possible d'être à la fois anorexique et boulimique, ce qui n'a plus été le cas dès le DSM-IV[2] compte tenu de l'apparition des sous types anorexiques. Le DSM-IV définissait également 2 sous types pour caractériser les épisodes : avec ou sans comportements compensatoires, disparus dans le DSM-V[1].

Tableau 2 : évolution des critères de définition de la boulimie nerveuse (inspiré de Caroline Huas, 2011)

Classifications	**DSM-III (1980)**	**DSM-III R (1987)**	**DSM-IV (1994) DSM-IV TR (2000)**	**DSM-V (2013)**
Caractéristiques de l'évolution par rapport à la classification précédente	Purgatif détaillé	- Ajout notion d'exercice physique - Retrait dépression	- 2 sous types (avec et sans vomissements) - notion de fréquence des purges	- Retrait des sous types - baisse de la fréquence des crises
Quantité de nourriture ingérée	Grande	Large	Largement supérieure à ce que la plupart des personnes absorberaient	Largement supérieure à ce que la plupart des personnes absorberaient
Durée de la crise	<2h	Non précisé	<2h	<2h
Fréquence des crises	Répétés	2 fois par semaine pendant au moins 3 mois	2 fois par semaine pendant 3 mois	1 fois par semaine pendant 3 mois
Variations pondérales	Oui	Non	Non	Non
Comportements compensatoires	Régime restrictif Vomissements Laxatifs diurétiques	Régime restrictif Vomissements Laxatifs diurétiques Activité physique intense	Régime restrictif, jeûne Vomissements Laxatifs diurétiques Activité physique excessive	Régime restrictif, jeûne Vomissements Laxatifs diurétiques Activité physique excessive
Fréquence des comportements compensatoires	Non	Régulièrement	2 fois par semaine pendant 3 mois	1 fois par semaine pendant 3 mois
Peur morbide de prise de poids	Non	Oui	Non	Non
Sentiment de perte de contrôle	Oui	Oui	Oui	Oui
Estime de soi influencée fortement par le poids	Non	Non	Oui	Oui
Diagnostics différentiels	Anorexie mentale	Non	Ne pas survenir uniquement pendant les crises d'anorexie	Ne pas survenir uniquement pendant les crises d'anorexie

1.1.2.4 Boulimie nerveuse : critères diagnostiques

Les critères diagnostiques de la BN selon le DSM IV TR[3] étaient

A. Épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée

Un épisode d'hyperphagie incontrôlée consiste en

- Des prises alimentaires, dans un temps court, inférieur à 2 heures.
- D'une quantité de nourriture largement supérieure à celle que la plupart des gens mangeraient dans le même temps et les mêmes circonstances.
- Une impression de ne pas avoir le contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter.

B. 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 excessif).
C. Les épisodes d'hyperphagie incontrôlée et les comportements compensatoires pour prévenir une prise de poids ont lieu en moyenne 2 fois par semaine durant au moins 3 mois.
D. Le jugement porté sur soi-même est indûment influencé par la forme et le poids du corps
E. Le trouble ne survient pas exclusivement au cours des épisodes d'anorexie.

Il existait deux types de BN

- 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.
- 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, de diurétiques ou de lavements.

Les critères du NICE en 2017 reprennent ceux du DSM-V[13]

- Les épisodes d'hyperphagie incontrôlée ont lieu en moyenne une fois par semaine, et non plus 2 fois sur une période de 3 mois.
- Les deux types de BN ont été retirés du DSM-V car ils apportaient une confusion inutile avec d'autres types de TCA pour le clinicien.

Les recommandations concernant la BN sont en 2017 en cours d'écriture en France par la HAS

1.1.2.5 TCA non spécifiés (TCA-NS) : évolutions des classifications et de définitions des TCA

A côté de l'anorexie et la boulimie caractérisées, il existe dans la classification du DSM depuis le DSM-IV[3] une troisième catégorie appelée troubles des conduites alimentaires non spécifiés autrement (TCA-NS, EDNOS en anglais pour *Eating Disorders Not Otherwise Specified*). On y trouve essentiellement des formes subsyndromiques d'anorexie ou de boulimie, c'est-à-dire ne répondant pas strictement aux critères définis. Dans le DSM-III[9], ces troubles étaient appelés « cas atypiques » (*unusual cases* en anglais). On y trouve également l'hyperphagie boulimique, devenue une catégorie à part entière dans le DSM-V[1].

1.1.2.6 TCA non spécifiés et hyperphagie boulimique : critères diagnostiques

Les TCA NS étaient d'après le DSM IV-TR[3] une catégorie destinée aux troubles qui ne remplissaient pas les critères d'un trouble alimentaire spécifique :

1. Chez une femme, tous les critères de l'AM sont présents, excepté l'aménorrhée
2. Tous les critères de l'AM sont remplis mais, malgré une perte de poids significative, le poids actuel du sujet reste dans les limites de la normale
3. Tous les critères de la BN sont présents, si ce n'est que les crises de boulimie ou les moyens compensatoires inappropriés surviennent à une fréquence inférieure à deux fois par semaine, ou pendant une période de moins de 3 mois

4. L'utilisation régulière de méthodes compensatoires inappropriées fait suite à l'absorption de petites quantités de nourriture chez un individu de poids normal
5. Le sujet mâche et recrache, sans les avaler, de grandes quantités de nourriture
6. Hyperphagie boulimique (HB utilisé pour notre étude ; Binge-Eating Disorder). Il existe des épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence d'un recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la BN.

En 2013, cette dernière catégorie est devenue dans le DSM-V une catégorie à part entière car elle présente des critères diagnostiques plus précis, a un pronostic plus favorable que l'AM et la BN et a des spécificités de prise en charge [14].

Elle se caractérise par

A. Une survenue récurrente de crises de boulimie avec sentiment de perte de contrôle
B. Les crises sont associées à au moins 3 des critères suivants :
    - Prise alimentaire extrêmement rapide et bien supérieure à la normale
    - Mange jusqu'à ressentir une distension abdominale inconfortable
    - Mange de grandes quantités de nourriture sans sensation de faim
    - Mange seul car se sent gêné de manger une telle quantité de nourriture
    - Après les crises, ressent dégoût de soi, dépression ou grande culpabilité
C. Comportement boulimique source de souffrance marquée.
D. Comportement boulimique au moins une fois par semaine sur une période de 3 mois (comme pour la BN)
E. Le comportement boulimique n'est pas associé à des comportements compensatoires inappropriés et n'intervient pas exclusivement au cours de l'AM ou de la BN

Les recommandations concernant l'HB sont en 2017 en cours d'écriture en France par la HAS.

Les TCA-NS sont devenus dans le DSM-V du fait de la difficulté à décrire des catégories nosographiques spécifiques les Feeding and Eating conditions not elswhere classified (OSFED) (traduction française non consensuelle actuellement). Ils regroupent

- L'anorexie atypique c'est-à-dire à durée limité ou à fréquence faible
- La boulimie atypique c'est-à-dire à durée limité ou à fréquence faible
- Les troubles à type de purge sans crise de boulimie
- Le night eating syndrome : épisodes récurrents de compulsions alimentaires nocturnes
- Les autres troubles non classés
- L'orthorexie c'est-à-dire la recherche de l'aliment parfait avec induction d'un handicap socioprofessionnel est en cours de caractérisation

Les différentes recommandations internationales rappellent que des travaux de recherche sont nécessaires pour ces troubles. Ils nécessitent d'être classés plus spécifiquement car ils entraînent un handicap chez les sujets atteints. Ils induisent également des coûts de santé publique probablement sous-estimés[15].

1.2 Epidémiologie en population générale

Nous avons choisi tout au long de manuscrit d'utiliser l'expression « les patients atteints de TCA ». Cette expression témoignait d'une approche centrée sur la personne et nous avons pensé que « atteints » était plus large que « souffrant ». Les patients peuvent en effet être atteints d'un TCA sans pour autant en souffrir, malgré les conséquences. Nous y revenons plus loin dans la discussion globale du manuscrit.

Les diagnostics complets sont rares en population générale, les syndromes partiels sont plus fréquents. 10 à 15 % des femmes âgées de 15 à 17 ans et 1,4 % des hommes de la population générale ont une forme subsyndromique de TCA et sont toujours en sous poids entre 20 et 25 ans [16-17]. Les conséquences des TCA sont graves.

1.2.1 Anorexie mentale

L'incidence de l'AM est de 109 à 270 pour 100 000 personnes-années chez les adolescents et les jeunes adultes [18-19]. La prévalence de l'AM chez les femmes âgées de 11 à 65 ans dans la population générale est de 0 à 2,2 % [18-19]. L'AM débute le plus souvent après la puberté, avec un âge moyen de début de 17 ans[20]. Habituellement il existe 9 femmes atteintes d'AN pour 1 homme[19].

Les patients atteints d'AM ont le plus grand taux de mortalité de l'ensemble des patients atteints de troubles psychiatriques[21], avec des indices de mortalité standardisé variables entre les études de 10,6 après 10 ans[22] à 5,86 après un suivi moyen de 14,2 ans[23].

1.2.2 Boulimie nerveuse

L'incidence de la BN est de 200 à 300 pour 100 000 personnes années[24]. La prévalence de la BN est de 1 % pour les jeunes femmes[25]. Le pic d'incidence se situe entre 16 et 20 ans[26].

Les patients atteints de BN ont un taux de mortalité trois fois plus élevé que les patients appariés sans BN[26-28].

1.2.3 Hyperphagie boulimique

L'incidence spécifique n'est pas connue. Dans une étude américaine, la prévalence était de 2,6 % pour les patients âgés de plus de 18 ans [29]. Le pic d'incidence est plus tardif que chez les patients atteints d'AN et de BN, autour de 22 ans.

1.2.4 TCA-NS

L'incidence et la prévalence des TCA-NS sont difficiles à déterminer. L'incidence serait de 600 pour 100 000 personnes années et la prévalence de 6 %[30].

1.3 Les TCA en médecine générale et en soins primaires

Il est souvent décrit dans les recommandations qu'une détection précoce et une prise en charge thérapeutique précoce amélioreraient le pronostic des patients atteints de TCA [1,12-13]. Il est également

recommandé que les patients ayant des TCA demandant de l'aide devraient être pris en charge le plus rapidement possible[12]. Les soins primaires sont souvent cités comme le lieu de détection précoce de ces troubles[31].

1.3.1 Soins primaires : définition et organisation

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini les soins primaires en 1978 comme « des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays. »[32].

Cette notion de soins primaires a été précisée en 1996 par l'American Institute of Medecine [33]

« Les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté. »

L'amélioration de la santé de la population par un système de soins primaires approprié a déjà été illustré notamment avec les travaux de Barbara Starfield [34-35].

La WONCA (World Organization of National Colleges and Academic Associations of General Practitioners /Family Physicians), l'organisation mondiale de la médecine générale définit le rôle des acteurs de soins primaires par l'apport d'une réponse à une grande majorité de besoins individuels[36].

Le médecin de soins primaires est souvent le premier contact des patients avec le système de santé. C'est aussi le médiateur nécessaire entre le patient et le système de santé quand des soins plus spécialisés sont nécessaires [36]. Ces éléments reprennent les notions anglo-saxonnes de « Gate keeper » et « Manager care » qui traduisent les rôles de régulateur du système de santé et coordinateur des soins.

Les acteurs de soins primaires sont surtout définis autour du rôle des médecins généralistes (MG). Ils ont des rôles différents selon les systèmes de soins

Trois modèles de soins primaires sont communément reconnus [37]:

- Le modèle normatif hiérarchisé : un système organisé autour des soins primaires et régulé par l'Etat (Espagne, Finlande, Suède)
- Le modèle professionnel hiérarchisé : le MG comme pivot du système (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande)
- Le modèle professionnel non hiérarchisé : une organisation à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada, France).

La France en 2009 a voté une loi définissant les missions du MG dans le Code de santé publique et son rôle de prévention et de dépistage[38].

Le CNGE (Collège National des Généralistes enseignants) a également défini un corpus spécifique de compétences du MG français, dans lequel la prévention individuelle et collective et le dépistage sont prédominants[39]. Le terme « soins premiers » est de plus en plus utilisé en France pour définir ce champ[40]. Le terme « soins primaires » (SP) sera celui utilisé dans ce manuscrit. Il regroupe théoriquement les MG et d'autres acteurs de premier recours (pharmaciens, infirmiers de premier

recours, professions paramédicales). Dans la littérature, les acteurs de SP majoritairement décrits sont les MG. Les termes consacrés sont différents en fonction des continents mais recouvrent la même définition : en Amérique du Nord, le terme « family medicine » remplaçant « family practice » peut être traduit par médecin de famille. En Europe c'est plutôt « general practice » qui est utilisé et traduit comme médecine générale[36].

1.3.2 Population générale et population de médecine générale

Les patients consultant un MG ou médecin de famille ne sont pas équivalents à la population générale. Cette différence a déjà été démontrée à plusieurs reprises et ce de façon constante, dans le temps et pour des systèmes de soins différents[41-43]. 25 % des patients de la population générale consulteraient un MG dans le mois. Souvent dans la littérature la population générale et la population consultant un MG sont confondues. Les études les plus récentes d'incidence et de prévalence à propos des TCA considèrent par exemple que la population de MG est représentative de la population générale[44]. Ces études sont toutes réalisées dans un modèle professionnel hiérarchisé, c'est-à-dire que l'ensemble des patients sont inscrits sur une liste et sont donc possiblement étudiables, ce qui n'est pas le cas en France. L'hypothèse que la population de MG soit représentative de la population générale n'a cependant jamais été démontrée dans ces pays.

1.3.3 Epidémiologie des TCA en soins primaires

Dans les recommandations, le MG est un acteur essentiel de détection et de prise en charge des patients atteints de TCA [45]. Les patients atteints de TCA consultent plus fréquemment que des patients sans TCA leur MG 5 ans avant l'apparition de leurs troubles[46]. Les MG diagnostiquent peu les TCA : 1 cas sur 10 de patients atteints de BN ou de syndromes partiels et moins de 50 % des cas d'AM[20,21]. La littérature sur l'incidence et la prévalence de ces troubles en SP est pauvre. L'incidence des TCA en SP est 20 fois inférieure à celles des études en population générale. En Grande Bretagne et aux Pays Bas, elle est de 4,2 à 7,7 pour 100 000 personnes-années pour l'AM et de 6,1 à 12,2 pour 100 000 personnes années pour la BN[30]. La plus grande incidence est observée dans la tranche 10-19 ans pour les patients atteints de BN et 1/3 des situations de BN étaient observés après 40 ans[30]. Les TCA-NS sont présentes chez 60 % des sujets consultant pour un TCA[30] et semblent avoir le même impact somatique et psychologique que l'AM et la BN à l'âge adulte [16-17,20,26,28]. 40 % des patients atteints de TCA-NS présenteraient un diagnostic complet d'AM ou de BN au bout de 2 ans après la première consultation pour diagnostic [30]. La prévalence en SP varie de 0 à 1 % dans des études britanniques[48]. Aucun cas d'anorexie n'a été retrouvé dans une étude. Il n'existe aucune étude française de prévalence des TCA en MG en France.

1.4 Pourquoi prendre en charge les patients atteints de TCA ?

1.4.1 Pronostic des TCA

L'AM et la BN ont des taux augmentés de suicide[22,25,28, 49-50], de comorbidités psychiatriques[51-52] et somatiques[53-55] par rapport à des patients non atteints. Ces troubles ne sont pas spécifiques et peuvent être pris en charge sans que les TCA ne soient traités.

Il s'agit :

- Des syndromes anxio dépressifs
- Des addictions au tabac, alcool, stupéfiants
- Des troubles digestifs en rapport avec les conduites de purge : gastrite, colite
- Des troubles gynécologiques : dysménorrhée, aménorrhée
- Des troubles dentaires sur malnutrition et vomissements répétés

Ces troubles sont associés à un isolement social[56-57].

La principale comorbidité des TCA est la dépression et de nombreuses études suggèrent une association très forte entre les TCA et le syndrome dépressif[58]. Peu d'études sur l'intrication TCA et comorbidités psychiatriques existent et leur comparabilité est très réduite, car elles présentent de grandes variations dans les définitions des pathologies et le type de recrutement[59].

1.4.2 Des MG cités comme acteurs principaux du dépistage

Le MG comme dit précédemment serait l'acteur principal de détection précoce des TCA car les patients consultent pour des pathologies à un stade précoce et indifférencié[36]. Mais ils sous détecteraient les TCA[13]. La littérature à propos du dépistage des TCA est hétérogène et peu précise. Les critères diagnostiques évoluent, sont centrés sur des études majoritairement conduites en secteur de psychiatrie. De nombreuses études rétrospectives montrent que ces patients hospitalisés consultent en MG et qu'une détection précoce améliorerait leur pronostic[13,21,24].

Les TCA présenteraient à la fois une inadéquation diagnostique et un hiatus de prévalence concernant les TCA entre les trois populations : générale, consultant en SP, hospitalisée en soins secondaires. Les pourcentages de patients atteints de TCA diffèrent fortement entre ces trois populations. Les MG ne semblent pas identifier les patients atteints de TCA alors que les recommandations internationales insistent sur une prise en charge précoce.

Compte tenu de ce besoin de prise en charge précoce des patients atteints de TCA dans la littérature de soins secondaires (issue des travaux de psychiatrie et travaux hospitaliers), plusieurs questions ont émergé donnant lieu à notre travail de recherche.

2 OBJECTIFS GENERAUX

Il semble que les patients atteints de TCA ne sont pas identifiés en MG et le pronostic des patients dépistés en SP est à déterminer.

Notre premier travail avait donc pour objectif

Objectif 1 : Faire une synthèse existante de la littérature spécifique aux SP pour savoir si un dépistage systématique des patients atteints de TCA par des MG améliorait leur pronostic et leur taux de guérison.

Notre deuxième constat était qu'aucune étude de cohorte française n'existe à propos du suivi par des MG des patients atteints de TCA.

La littérature suggère un lien important entre dépression et TCA sans donnée solide sur la temporalité de survenue de l'un par rapport à l'autre.

Notre deuxième travail avait donc comme objectifs de

Objectif 2 : ***Décrire une population de patients prise en charge en médecine générale pour TCA (âge, sexe, comorbidités et prescriptions associées).***

Objectif 3 : ***Etudier dans le suivi de ces patients, à quel moment survient une prise en charge pour dépression/humeur dépressive quand elle existe.***

Notre hypothèse était que la dépression survenait avant les TCA et pouvait servir de signe d'alerte.

Notre troisième constat était la difficulté diagnostique, la difficulté de classer les TCA et surtout d'obtenir une classification intégrable à l'exercice de la MG. Il semble aussi que les difficultés diagnostiques dus au déni de ces pathologies, à la honte engendrée soient un obstacle à leur détection dans un contexte de SP[13]. Des facteurs complexes et peu connus sont en jeu.

Notre troisième objectif était donc de décrire dans une approche sociologique et compréhensive

Objectif 4 : ***Les perceptions qu'avaient les MG de leur prise en charge des patients atteints de TCA.***

Objectif 5 : ***Les perceptions par les patients atteints de TCA du rôle de leur MG dans leur prise en charge et leur parcours de la maladie.***

Il était intéressant d'analyser les perceptions des uns en regard des autres.

Trois parties ont donc été détaillées dans la suite du manuscrit, le contexte et les méthodes plus spécifiques sont décrits. Une discussion globale centrée sur les SP et les perspectives globales issues des trois travaux sont disponibles en fin de manuscrit.

Remarques préliminaires

- La Classification internationale des maladies sera peu décrite dans notre travail. En effet, une classification spécifique de la médecine générale et des soins primaires, la classification internationale des soins primaires (CISP) a été développée par l'organisation mondiale de la médecine générale, la WONCA. Actuellement la deuxième version est disponible. Elle comporte des situations diagnostiques de santé mentale et sera détaillée plus loin dans le travail de thèse.
- Notre travail a débuté en 2011 et nous avons donc utilisé la classification DSM-IV TR, d'où l'absence de l'hyperphagie boulimique dans nos catégories diagnostiques et l'utilisation du terme TCA. Les médecins généralistes de nos études exerçaient depuis les années 90 et ont donc utilisé le DSM IV puis le DSM IV-TR. Comme nous l'avons précédemment exposé, ces deux classifications ne comportaient pas de différence majeure concernant les TCA.
- La précision diagnostique n'était pas un élément prioritaire de notre thèse mais plutôt l'intégration de ces catégories dans le paysage de la médecine générale et des soins primaires. L'évolution diagnostique du DSM-IV TR au DSM-V n'impactait pas nos résultats mais elle a fortement influencé nos axes de réflexion et les perspectives de notre travail.
- La prise en charge thérapeutique n'était pas une priorité de notre travail et donc non traitée en introduction mais évoquée dans la discussion générale.
- Nous avons décidé d'utiliser tout au long du travail le terme « atteint » de TCA plutôt que « souffrant » de TCA. Les raisons seront détaillées dans la discussion générale.

3 IMPACT DU DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DES PATIENTS ATTEINTS DE TCA EN SOINS PRIMAIRES : UNE REVUE DE LA LITTERATURE

3.1 Les possibilités de dépistage des TCA par les MG

Plusieurs outils de dépistage des TCA existent et sont validés dans la littérature internationale[60]. Ces outils sont cités comme des moyens appropriés pour aborder les TCA par les MG[13]. Les MG sont souvent décrits dans la littérature comme sous-diagnostiquant les TCA et ces tests seraient une solution[61].

Les outils suivants ont été validés en population générale chez les femmes jeunes âgées de 16 à 35 ans :

1. EAT : eating attitude test (26 items)[62]
2. EDE : eating disorder examination (28 items)[63]
3. SCOFF (5 items)[64]

Contrairement aux deux premiers tests (EAT et EDE) qui sont des auto-questionnaires, le SCOFF peut être utilisé à la fois en auto et hétéro questionnaire donc en consultation de MG. Constitué de cinq questions, il met en évidence un risque plus élevé d'un trouble alimentaire, dont le diagnostic reste à faire.

1- Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ?
2- Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez?
3- Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de trois mois?
4- Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince?
5- Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie?

En population générale, ce dernier test a été validé avec les scores suivants[64]:

- Sensibilté: 94,8 %
- Spécificité: 94,6 %
- VPP:65 %
- VPN: 99 %.

En population de MG, il a été validé en Grande Bretagne, mais pas en France[65]. Il a été validé avec les scores suivants, mettant en évidence une sensibilité et une spécificité plus faible qu'en population générale :

- Sensibilté: 78 %
- Spécificité: 84 %
- VPP:64 %
- VPN: 98 %.

Il en existe une traduction française validée en population étudiante, le SCOFF-F, mais pas en médecine générale[66].

L'applicabilité de l'outil dans un contexte de médecine générale est actuellement contestée car

1. Déceler un trouble alimentaire nécessite un dépassement de la phase du déni par le patient, non prouvé par l'utilisation du SCOFF
2. L'outil détecte de nombreux faux positifs, le risque étant un surdiagnostic et une stigmatisation médicale des troubles[60].

L'ESP (Eating disorder Screen for Primary care) est un test de dépistage construit de façon concomitante au SCOFF, avec comme hypothèse qu'il serait plus adapté que celui-ci pour le contexte des SP[67].

Au-delà de la validité des tests, les MG déclarent ne pas les utiliser et ne se sentent pas concernés par les TCA, les considérant comme peu prévalents et de prise en charge spécialisée[68]. Ils ont le sentiment de ne pas pouvoir agir sur le devenir des patients atteints de TCA consultant en MG[69-70].

Quel est l'impact de leur dépistage sur le devenir des patients atteints de TCA ?

3.2 Objectif

Objectif 1 : Faire une synthèse existante de la littérature spécifique aux SP pour savoir si un dépistage systématique des patients atteints de TCA par des MG améliorait leur pronostic et leur taux de guérison.

3.3 Méthodes

3.3.1 Stratégie de recherche

Les articles scientifiques étaient systématiquement recherchés sur les bases de données suivantes : Medline, PsycINFO, CINAHL, Embase et Web of Science sans limite inférieure de temps jusqu'au 31/08/2015. Les algorithmes retenus étaient

- pour PubMed: ("Bulimia"[MAJR] OR "Anorexia Nervosa"[MAJR] OR "Eating Disorders"[MAJR]) AND ("Primary Health Care"[MeSH Terms] OR "Family Practice"[MeSH Terms] OR "General Practice"[MAJR])
- pour Psycinfo: (MM"Eating Disorders") AND ((DE"Family Medicine") OR (MM"Primary Health Care") OR (MM"General Practitioners"))
- pour Cinahl: (MM"Eating Disorders") AND ((DE"Family Medicine") OR (MM"Primary Health Care") OR (MM"General Practitioners"))
- pour Embase: 'eating disorder'/mj AND ('general practice'/exp OR 'primary medical care'/exp)
- pour WoS: TS=(eating disorder*) AND TS=(primary care)

La base de données de la Cochrane Library ainsi que les bases françaises PASCAL et FRANCIS ont été aussi consultées. Les articles de langue anglaise, française, espagnol et allemande étaient retenus. Tous les termes et mots clefs de l'algorithme de recherche ont été définis à partir des articles principes disponibles et après discussion des chercheurs. L'extraction des données des articles a ensuite été réalisée. Une recherche manuelle de l'ensemble de la bibliographie des articles princeps a aussi été

réalisée afin de repérer des articles non retenus par l'algorithme de recherche. La littérature grise a également été parcourue à la recherche d'articles en lien avec le sujet (sites des sociétés savantes, résumés de congrès,…).

3.3.2 Sélection des articles

Le processus de sélection a respecté les critères PRISMA d'identification, de sélection, d'éligibilité et d'inclusion finale[71]. Après gestion des doublons, chaque titre et résumé d'article ont été lus dans leur intégralité et sélectionnés en aveugle par deux chercheurs. Une mise en commun des articles sélectionnés était ensuite réalisée afin d'établir une liste consensuelle. En cas de désaccord, l'article était parcouru dans son intégralité afin de trouver un consensus. En cas de persistance du désaccord, la décision de sélection de l'article était prise avec un troisième chercheur.

Les critères d'inclusion étaient

- une étude originale soit de cohorte, soit transversale répétée, soit cas témoins, soit contrôlées randomisées
- la présence d'informations à propos du suivi des patients
- la présence d'informations explicites sur les stratégies d'échantillonnage en tenant compte des critères DSM-IV-TR (AM, BN, TCA-NS)
- un recrutement partiel ou complet des patients en SP

Les critères d'exclusion étaient

- 1 : les patients atteints de TCA dans un contexte de grossesse, de pathologies endocriniennes (diabète de type 1, etc), de pathologies mentales telles que les psychoses afin de garder uniquement les patients atteints de TCA primitifs
- 2 : les patients de moins de 8 ans en tenant compte des recommandations NICE, dans lesquelles les TCA ne peuvent survenir qu'à partir de l'âge de 8 ans
- 3 : une étude réalisée en dehors du contexte des SP
- 4 : une étude non originale (revue narrative, article d'opinion, éditorial, etc)

Le processus de sélection tenait compte de l'ordre de ces 4 critères d'exclusion. Par exemple, si un article n'était pas exclu par le critère 1, il pouvait l'être par le critère 2, et ainsi de suite.

3.3.3 Analyse de la littérature et extraction des données

Les données concernant les auteurs, la date de publication, les pays d'origine étaient extraits. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact d'un dépistage systématique des TCA chez des patients consultant en SP, ce qui n'était pas un objectif d'étude fréquemment retrouvé. Nous n'avons donc pas utilisé d'échelles de qualité des études de cohorte ou d'essais contrôlés randomisés tels que CONSORT ou STROBE[72]. Les données d'intérêt étaient les caractéristiques de la population étudiée et recrutée, les types d'instruments de dépistage, les stratégies d'échantillonnage, la durée du suivi.

Les critères cliniques des patients atteints de TCA étaient ensuite recueillis en tenant compte aussi des trajectoires ou parcours de soins. Si les informations de stratégie de dépistage n'étaient pas présentes ou disponibles dans l'article, ce dernier était exclu après lecture du texte intégral et des annexes.

3.4 Résultats

3.4.1 Identification et sélection de la littérature en lien avec le sujet

583 articles ont été identifiés après prise en compte des doublons. Les recherches sur la Cochrane library et FRANCIS et PASCAL n'ont pas trouvé d'autres études. 110 études effectuées en SP à propos des patients atteints de TCA ont été exclues car elles n'étaient pas originales (103 sur le titre et le résumé et 7 après lecture intégrale). Ils étaient majoritairement des articles d'opinion, des éditoriaux, des revues narratives. La moitié d'entre eux ont été publiés après 2003, incluant des populations américaines ou nord-Européennes. Les auteurs de ces études suggéraient souvent des façons de détecter les TCA, ou concluaient à l'urgence de former les MG, mais sans donnée scientifique objectivable.

Un taux de concordance Kappa acceptable à 75,6 % était retrouvé entre les deux chercheurs qui ont repéré 151 articles éligibles à une lecture intégrale. 118 ont été sélectionnés directement sur le titre et le résumé par les deux chercheurs, 33 sélectionnés par un des deux auteurs et discutés après lecture intégrale. 20 papiers sur 118 initialement sélectionnés ont été secondairement exclus après lecture intégrale car ils présentaient au moins un des 4 critères d'exclusion. 92 articles ont été exclus par les chercheurs car ils ne comportaient pas de données de suivi. 28 articles ont été exclus car ils n'explicitaient pas les stratégies de dépistage en SP. 4 articles parmi les 28 ont été exclus après discussion avec un troisième chercheur.

11 articles ont été inclus pour l'étude et analysés. 2 d'entre eux étaient en lien avec la même étude à deux dates différentes de suivi.

Les indicateurs de suivi des études étaient de deux catégories : les trajectoires de soins ou parcours de soins, et les critères cliniques.

- Les trajectoires de soins ou parcours de soins étaient décrits par
    - la présence de la fréquence des consultations en médecine générale
    - les recours aux autres spécialistes
    - les médicaments prescrits.
- Les critères cliniques étaient décrits en tenant compte des scores et échelles basées sur des symptômes de TCA ou d'autres critères biométriques.

Les études ayant comme informations ces deux catégories ont été rangées de la plus grande à la plus petite en termes d'effectif inclus et ont été présentés en premier dans les tableaux.

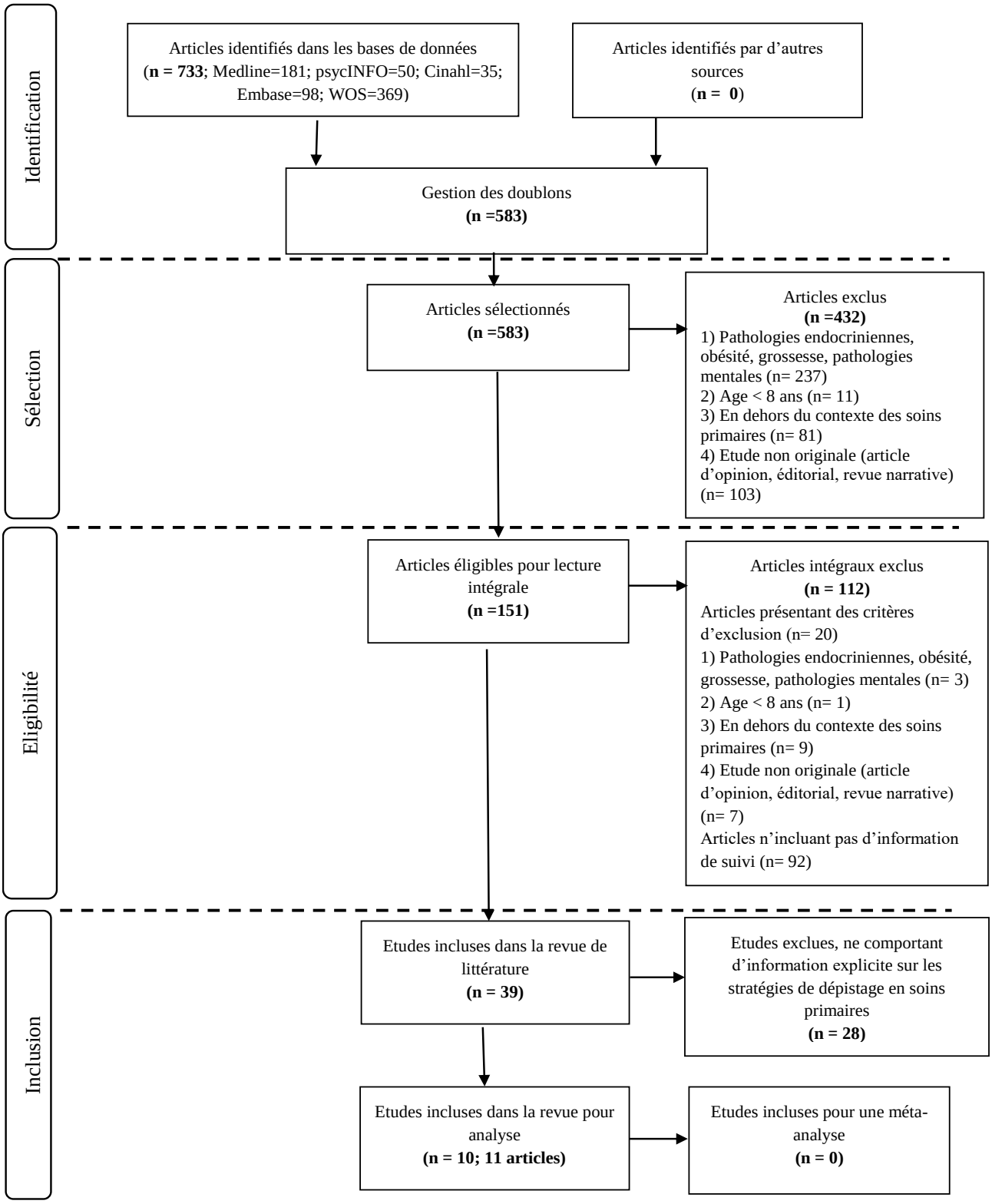


Figure 1: diagramme de flux selon les critères PRISMA

3.4.2 Principales caractéristiques des études incluses

Les données sont présentées dans le tableau 3. Les 10 études (issues des 11 papiers sélectionnés) ont été réalisées entre 1989[74] et 2012[78]. 7 avaient été réalisées en Europe (4 en Grande Bretagne[74-75,79,82-83], 2 aux Pays Bas[73,77], 1 en Espagne[76]), 2 en Amérique du Nord[77,81] et 1 en Australie[80]. 9 études ont été réalisées par des psychiatres, une seule par des MG[76]. La plus récente avait été menée par une équipe pluridisciplinaire de psychiatres, épidémiologistes et MG[78]. 6/10 étaient observationnelles, 3 étaient des études de cohorte[73-75,79], 2 des études cas -témoins[77-78], 1 étude transversale avec des données de suivi[76]. 4/10 étaient des essais (1 étude pilote[83], 3 Essais contrôlés randomisés[80-82]). Les 6 études observationnelles ciblaient des patients atteints de tout type de TCA, alors que les ECR ciblaient des patients atteints de BN.

Une seule étude avait un objectif identique à la nôtre, en se focalisant sur le parcours et les critères cliniques des patients atteints de TCA détectés en SP[73]. Les objectifs des études observationnelles étaient de décrire les patients atteints de TCA dans un contexte de SP[74-76,79], et le recours aux soins spécialisés par les patients atteints de TCA[73,77-78]. Les 4 ECR comparaient des interventions ciblées sur les patients boulimiques à d'autres interventions ou à un placebo.

Tableau 3 : Caractéristiques principales des études incluses et la population étudiée (ordonnées par type d'étude)

Auteur, année	TS	CC	Discipline	Pays	Type	Cible	Objectif
Van Son 2010[73]	OUI	OUI	Psychiatrie	Pays Bas	Etude de cohorte	TCA	Parcours et devenir des patients atteints de TCA en SP
King 1989[74] King 1991[75]	OUI	OUI	Psychiatrie	GB	Etude de cohorte	TCA	Prévalence et profils cliniques des TCA dans une population en MG
Aguilar 2004[76]	OUI	OUI	MG	Espagne	Etude transversale	TCA	Décrire le profil des patients atteints de TCA diagnostiqués en SP
Striegel Moore 2008[77]	OUI	NON	Psychiatrie	Etats Unis	Etude cas témoins	TCA	Examiner les soins de santé utilisés par les patients adultes atteints de TCA
Van Son 2012[78]	OUI	NON	Psychiatrie MG Epidémiologie	Pays Bas	Etude cas témoins	TCA	Etudier l'utilisation des SP entre les patients atteints de TCA et les autres groupes de patients
Turnbull 1996[79]	OUI	NON	Psychiatrie	GB	Etude de cohorte	TCA	Décrire le profil épidémiologique des TCA dans un contexte de SP
Banasiak 2005[80]	NON	OUI	Psychiatrie	Australie	ECR	BN	Comparer les critères de guérison des patients BN suivant un GAA délivré par les MG aux patients ayant un TCR
Walsh 2004[81]	NON	OUI	Psychiatrie	Etats Unis	ECR	BN	Déterminer si les traitements des unités spécialisés pour les patients atteints de BN peuvent être utilisés en SP
Durand 2003[82]	NON	OUI	Psychiatrie	GB	ECR	BN	Comparer l'efficacité d'une prise en charge d'autonomisation des patients atteints de BN par les MG à une prise en charge spécialisée habituelle
Waller 1996[83]	NON	OUI	Psychiatrie	GB	Etude pilote	BN	Développer et évaluer une thérapie cognitivo-comportementale pour les patients atteints de BN en SP

BN=Boulimie Nerveuse ; CC=Critère Clinique; ECR=Essai Contrôlé Randomisé ; GAA=Guide d'Auto Assistance; GB=Grande bretagne; MG=Médecine Générale/ Médecin Généraliste; SP=Soins Primaires; TCA=Troubles de Conduites Alimentaires; TCR=Traitement Contrôlé Retardé; TS=Trajectoire de soins.

3.4.3 Population étudiée, recrutement, outils de dépistage et outils diagnostiques

Les données sont présentées dans le tableau 4. Les différentes populations étaient abordées par le biais de registres en SP ou de bases de données, des cabinets de médecine générale ou de communautés identifiées (des quartiers, des associations aux Etats Unis). Une étude cas témoins utilisait la base des adhérents à la couverture santé de l'Oregon. Cette couverture santé permettait l'accès à 7 types d'unités spécialisées (MG, santé mentale, addictologie, gynécologie, urgences, consultations téléphoniques et soins hospitaliers généraux) [77]. Un ECR Australien avait été réalisé directement en recrutant des patients d'une commune[80]. Un autre ECR nord -Américain sélectionnait des patients de centres de SP, dans lesquelles les MG et les autres spécialités n'étaient pas différenciés (psychiatrie, médecine interne,etc)[81].

Le nombre de patients disponibles dans les populations abordées variait de 28 016 patients[74] à 2 467 275 patients[79] avec des périodes courtes de suivi, de 1 à 5 ans. Les 6 études observationnelles avaient comme objectif de recruter des femmes et des hommes, alors que les 4 ECR ciblaient le recrutement exclusivement de femmes. Dans 2 études, des participants de plus de 8 ans étaient recrutés[73,78]. Les autres recrutaient des adolescents et des adultes de 10 ans[79] à 55 ans[77]. Dans 7 études sur 10 (5 études observationnelles et 2 ECR), les MG ou acteurs de santé concernés recrutaient les patients dans leur patientèle[73, 76-79, 82-83]. Dans 3 études sur 10 (dont 2 ECR), le recrutement avait été réalisé par les chercheurs eux-mêmes dans une communauté, une ville, via les médias, dans les salles d'attente des MG, voire les deux, sans demander forcément aux MG de recruter[74-75, 80-81]. Les MG n'ont pas pris part à l'étude, au protocole de recherche ou au recrutement dans ces 3 études.

Une grande variabilité dans les procédures de dépistage et de diagnostic était retrouvée. Les procédures étaient toutes détaillées. De même, les procédures ou instruments utilisés pour les diagnostics de TCA variaient selon les études.

Quand les chercheurs identifiaient eux-mêmes les patients atteints de TCA dans l'échantillon de patients recrutés, ils utilisaient des instruments spécifiques de dépistage :

- Un autoquestionnaire comme le EAT-26 (Eating attitude test) pour l'AM[74-75]
- Des autoquestionnaires de type BULIT-R (Bulimia Test Revised) et EDE-Q4 (Eating Disorder Examination Questionnaire 4 questions) pour la BN[80]

Walsh utilisait un entretien téléphonique bref avec des questions basées sur le DSM-IV[81]. Durand et Waller dans les ECR tenaient compte de la suspicion diagnostique des MG et des infirmiers qui utilisaient les critères DSM-IV[82-83]. Les cas étaient définis pas King et Banasiak par un score EAT-26 à plus de 20[74-75] et de plus de 94 au score BULIT-R[80].

Des échelles spécifiques de diagnostic de TCA étaient utilisées dans les 4 ECR par l'équipe de chercheurs [80-83]

- EDE full version (version complète du Eating disorder examination) pour tous les TCA
- Le questionnaire BITE (Bulimic Investigatory Test, Edinburgh).

Walsh utilisait un entretien clinique structuré de diagnostic validé[81].

Les patients atteints de TCA avaient été diagnostiqués dans 5 études en utilisant les classifications DSM-III-R et DSM-IV[73,76-79] par les MG ou acteurs de santé concernés, associées à la CISP-1

(classification internationale des SP, code T06 : anorexie-boulimie) pour 2 études du même auteur[73,78]. Ces 5 études n'utilisaient pas d'instrument de dépistage, puisque le recrutement se faisait par les acteurs de santé dans leur pratique quotidienne ou pour l'étude.

Les patients étaient recrutés directement par les chercheurs ou par les MG. Quand les MG recrutaient, les chercheurs validaient systématiquement les cas. Le DSM-IV était utilisé comme classification de référence pour les études conduites après 1996. Les cas étaient validés dans 5 études observationnelles[73-75,77-79] par l'équipe de recherche, incluant toujours un psychiatre. Les MG ou les acteurs de santé concernés étaient ceux qui recrutaient les patients dans ces 5 études observationnelles [73,77-79], en utilisant la classification DSM ou la CISP 1. Dans la cohorte de King[74-75], la validation du diagnostic était réalisée par les chercheurs en utilisant un guide d'entretien clinique spécifique validé (CIS) et le Symptom Rating Test (SRT), outil aidant à classer les degrés de sévérité des TCA. La validation diagnostique n'était pas explicitée dans les 4 ECR, ni dans l'étude espagnole[76]. Le nombre de patients atteints de TCA recrutés variait entre 204[79] et 748[74-75].

Tableau 4 : Population étudiée, recrutement, identification et validation

Auteur (année)	Population		Recrutement			Identification	Validation	N recrutés	Classification
	Contexte	Échantillon	Genre	Age (ans)	Acteurs				
Van Son 2010[73]	Registre national incluant 63 MG	300 000 patients sur deux périodes de 5 ans	H et F	Plus de 8	MG	DSM III-R utilisés par les MG et la CISP 1 (T06)	DSM I, CISP 1 (T06) par l'équipe de recherche	227	DSM III-R DSM-IV CISP 1 (T06)
King 1989[74] King 1991[75]	4 centres de SP (sud Londres)	28 016 patients abordés en un an	H et F	16 à 35	Chercheurs dans les salles d'attente	Dépistage :EAT-26 Diagnostic : Cas quand score>20	CIS, SRT Entretien détaillé	748	DSM III-R
Aguilar 2004[76]	10 cabinets de MG and 2 cabinets de pédiatrie	Toutes les bases de données des cabinets	H et F	12 à 17	MG	DSM-IV utilisé par les MG	NS	651	DSM-IV
Striegel Moore 2008 [77]	Services de santé de l'Oregon (7 spécialités)	223 758 patients abordés sur 2 ans	H et F	18 à 55	Acteurs de santés concernés	DSM-IV utilisé par les acteurs de santé	DSM-IV par l'équipe de recherche	351	DSM-IV
Van Son 2012[78]	Registre national incluant 96 MG	375 899 patients abordés sur un an	H et F	Plus de 8	MG	DSM III-R utilisé par les MG, CISP 1 (T06)	DSM IV, CISP 1 (T06) par l'équipe de recherche	167	DSM III-R DSM-IV CISP 1 (T06)
Turnbull 1996[79]	Base de données nationale GPRD (550 MG)	2 467 275 patients abordés sur 5 ans	H et F	10 à 39	MG	DSM-IV utilisé par les MG	DSM-IV par l'équipe de recherche	204	DSM-IV
Banasiak 2005[80]	Communité de Melbourne	NS	F	Plus de 18	Chercheurs via journaux, publicité, affiches en salle d'attente de MG, bibliothèques, associations de patients atteints de TCA	Dépistage : BULIT-R, EDE-Q4 Diagnostic : Cas quand score >94 EDE par équipe de recherche	NS	NS	DSM-IV
Walsh 2004[81]	2 centre de soins primaires de New York	NS	F	18 à 60	Chercheurs via publicités de journaux, via les MG recrutant des patients	Dépistage : entretien téléphonique bref basé sur les critères DSM-IV. Diagnostic: EDE, entretien clinique structuré validé, par équipe de recherche	NS	NS	DSM-IV
Durand 2003[82]	Tous les centres de SP de Londres	Patients abordés pendant 2,5 ans	F	Plus de 18	MG	Dépistage : suspicion par les MG via critères DSM IV Diagnostic : BITE, EDE par équipe de recherche	NS	209	DSM-IV
Waller 1996[83]	Deux centres de SP à Oxford (4 MG et un infirmier)	Patients abordés pendant 10 mois	F	Plus de 18	MG et infirmier	Dépistage : suspicion par MG et infirmier via les critères DSM IV Diagnostic: EDE par équipe de recherche	NS	NS	DSM-IV

BITE=Bulimic Investigatory Test, Edinburgh; BULIT-R=Bulimia Test Revised; CIS=Clinical Interview Schedule; CISP: Classification internationale des soins primaires;EAT-26=Eating Attitude Test EDE=Eating Disorder Examination 12th edition; EDE-Q4=Eating Disorder Examination 4 Questionnaire; F=Femme; H=Homme; MG=Médecin Généraliste; NS=Non Spécifié; SRT=Symptom Rating Test

3.4.4 Description et suivi des patients inclus

Les données sont présentées dans le tableau 5. Toutes les études incluaient un petit nombre de patients atteints de TCA dans la population étudiée, en considérant la taille des populations abordées. Le nombre total de patients atteints de TCA variait entre 11 dans une étude pilote[83] à 204 dans l'étude cas -témoins faite en Oregon[77]. Les types de cas inclus variaient en fonction des études : la cohorte de Van Son incluait les cas incidents[73], là où l'étude de Turnbull consistait en une sélection aléatoire de 204 patients atteints de TCA (100 avec BN et 104 avec AM) dans les cas prévalents[79].

Les types de TCA variaient également. 4 études incluaient des patients ayant une AM, une BN ou un trouble alimentaire non spécifié ou partiel[74-78], 2 incluaient des patients avec une AM ou une BN et ne prenaient pas en compte les patients ayant des TCA-NS[73,79]. Une étude n'avait pas trouvé de patients atteints d'AM[74-75]. Les 4 ECR incluaient seulement des patients atteints de BN. Il n'y avait aucune étude incluant des patients atteints seulement d'AM. Une fois détectés, peu de cas étaient confirmés et inclus, soit par données manquantes, soit parce que les chercheurs avaient invalidé un certain nombre de cas diagnostiqués par les MG ou les acteurs de santé concernés. Dans la plus récente étude de Van Son, 80 cas étaient exclus du fait de données manquantes ou de données erronées sur un total de 227 recrutés initialement[73]. 69 patients sur 748 étaient inclus dans l'étude de King comme des cas[74-75], 204 femmes sur 332 femmes recrutées étaient incluses dans l'étude de Striegel Moore, sans tenir compte des 19 hommes recrutés initialement, 128 ayant été exclus car leur diagnostic n'avait pas été réalisé lors de l'année d'inclusion[77]. 63 cas d'AM sur 104 recrutés par les MG ont été inclus par les chercheurs après validation dans l'étude de Tunrbull[79]. Dans l'étude de Walsh, 91 patientes atteintes de BN étaient incluses sur les 227 recrutés par les MG, ou via les médias (journaux et publicités)[81]. 68 patientes atteintes de BN sur les 209 initialement recrutées par les MG étaient incluses dans l'ECR de Durand après validation par l'équipe de recherche[82].

Le genre des patients inclus variait aussi entre les études : les 6 études observationnelles incluaient des hommes et des femmes alors que les 4 ECR uniquement des femmes. L'étude de Aguilar ne retrouvait pas d'hommes atteints de TCA[76]. Striegel Moore et Turnbull ont décidé d'exclure le peu d'hommes inclus atteints de TCA[77,79]. L'étude de Van Son en 2012 ne spécifiait pas le genre[78].

L'âge variait également selon les études. L'âge moyen des patients inclus variait de 21 ans[76] à 31,52 ans[77]. Deux études tenaient compte d'un âge moyen spécifique à chaque type de TCA, avec des patients atteints de BN de 3 à 4 ans plus âgés que les patients atteints d'AM[73,77]. Une différence d'âge moyen existait entre le groupe inclus par les MG et le groupe inclus par les psychiatres. Les patients suivis par les MG étaient plus âgés que ceux suivis par les psychiatres[82].

La durée de suivi des études était disponible pour 6 d'entre elles, de un mois pour une étude pilote[83] à 57,6 mois (4,8 ans) en moyenne dans l'étude de cohorte hollandaise[73]. L'autre étude de cohorte dirigée par King donnait des informations de suivi à 18 mois et 30 mois [74,75]. Les ECR duraient de 1 à 9 mois. Une étude transversale et une autre étude ne donnaient pas d'information détaillée de durée de suivi[76,79].

Le pourcentage de patients perdus de vus, connu dans 2 sur 6 études observationnelles, variaient de 0 % à 63 % dans la deuxième analyse de l'étude de King[73-75]. Les 4 ECR présentaient un pourcentage de perdus de vue de 0 % pour l'étude pilote à 69 % [81].

Auteur (année)	Cible	N recrutés	n inclus (H/F)	Type de TCA	Age moyen en années (Déviation Standard)	Durée du suivi (mois)	Perdus de vue
Van Son 2010[73]	TCA	227	147(6/141)	AM=76 BN=71	22,7 (8,4) pour ANR 22,0 (7,6) pour AMBP 28,2 (8,4) pour BN	57.6	0%
King 1989[74] King 1991[75]	TCA	748	69 (5/64)	AM=0 BN=7 SP= 15 Régime obsessionnel=13 Régime normal= 27 Obésité=3 Préoccupés=4	25	18 30	10% 63%
Aguilar 2004[76]	TCA	651	13 (0/13)	AM=6 BN=3 TCA-NS=4	21 (3,9)	NA	NA
Striegel Moore 2008[77]	TCA	351	204(0/204)	AM=28 BN=77 TCA-NS=99	AM=28,11 (8,54) BN=31,52 (9,8) TCA-NS=30,65 (11,02)	12	NA
Van Son 2012[78]	TCA	167	167 (?/?)	AM=90 BN=44 TCA-NS=33	27,7 (11)	12	NA
Turnbull 1996[79]	TCA	204 (AM=104 BN=100)	163(0/163)	AM=63 BN=100 TCA-NS=3	10-39	NS	NA
Banasiak 2005[80]	BN	?	109 54 dans GAA; 55 dans TCR	BN=109	GAA:29,5 (8,72) TCR: 28,3 (8,22)	6	31.2%
Walsh 2004[81]	BN	227	91	BN=91	30,6 (7,8)	5	69%
Durand 2003[82]	BN	209	68 34 dans le groupe MG; 34 in groupe spécialiste	BN=68	Gorupe MG (MG): 28,3 (65) Groupe spécialiste (S): 24,5 (5,2)	9	GP:26% S:20%
Waller 1996[83]	BN	NS	11	BN=11	22.2 (3,4)	1 à 3	0%

Tableau 5 : Description des patients inclus, trajectoire de soins, critères cliniques (toutes les études)

AM=Anorexie Mentale; AMBP=Anorexia Nervosa Binging Purging (anorexie mentale avec conduites de purge); ANR=Anorexia Nervosa Restrictive (anorexie mentale restrictive); BN=Boulimie Nerveuse; GAA=Guide d'Auto Assistance ; MG=Médecin Généraliste; NA=Non Applicable; NS=Non Spécifié; SP= Syndromes Partiels; TCA-NS=TCA non spécifiés ; TCR=Traitement Contrôlé Retardé

3.4.5 Description des trajectoires et parcours de soins

Les données sont présentées dans le tableau 6. 6/10 études décrivaient des trajectoires des soins ou des parcours de soins. Les patients atteints de TCA après avoir été identifiés en SP avaient une augmentation de l'utilisation des soins de santé comparés à ceux n'ayant pas de TCA en termes de fréquence de consultations en MG, de nombre et de type de recours, de prescriptions médicamenteuses. Aucune étude ne présentait ces trois informations à la fois. 4/6 en avaient 2 sur 3[72-79] et 2/6 1 sur 3[73-75]. Les patients atteints de TCA avaient plus souvent recours à un psychiatre et avaient plus souvent une prescription médicamenteuse[73-79].

Concernant l'utilisation des services de SP, l'utilisation de ceux-ci était significativement plus important chez les patients atteints de TCA en comparaison aux patients non atteints de TCA, en particulier chez les patients plus âgés[77] . Dans l'étude de Aguilar, la fréquence de visites dans le centre de SP était de 4 par an pour 90,9 % des patients atteints de TCA, suggérant un contact régulier avec leurs MG[76]. Les patients atteints de BN avaient le plus de contacts en face à face avec leur MG par rapport aux patients atteints d'AM ou de TCA-NS[78]. L'utilisation des soins de santé augmentait de façon statistiquement significative dans l'année suivant la détection des TCA par les MG par rapport à l'année précédant la détection, c'est-à-dire le recours aux services de santé mentale, le nombre de consultations ainsi que le nombre d'appels téléphoniques[77]. Les patients atteints de TCA avaient plus de contacts annuels avec leur MG et de recours à d'autres spécialistes que les témoins n'ayant pas de dépression et pas de TCA (le groupe « non mental »)[78].

Les recours aux soins secondaires se faisaient majoritairement dans le cadre de la prise en charge de la santé mentale. 72 % des patients atteints d'AM avec des conduites de purge (AMBP) et 61 % des patients atteints de BN avaient un recours à un spécialiste de santé mentale[73]. 40 % des patients atteints de BN étaient adressés à un psychiatre[79]. Très peu de données détaillées étaient en revanche disponibles dans cette étude qui n'avait pas pour objectif d'étudier la trajectoire de soins des patients inclus. Dans une étude une femme sur 10 patientes atteintes de BN ou de syndromes partiels était adressée à un psychiatre[74-75]. 3 patients de l'étude transversale de Aguilar sur 13 inclus avaient recours à un acteur de santé mentale (psychologue, psychiatre)[76].

Les patients atteints de TCA quel qu'en soit le type avaient une prescription fréquente d'antidépresseurs, et une consommation statistiquement supérieure de ces médicaments au groupe « non mental » de l'étude concernée[78]. Dans une autre étude, 68 % des patients atteints de TCA avaient reçu une prescription d'antidépresseurs après détection du TCA, avec une augmentation de 18 % de la consommation dans l'année suivant la détection[77]. Dans une étude de Van Son, les patients atteints de TCA parlaient moins souvent de leur TCA que de leurs troubles gastrointestinaux ou respiratoires. Ils recevaient également plus souvent une prescription de contraception orale et de médicaments pour le système respiratoire que les témoins, non atteints de TCA[78]. 45 % des patients atteints de BN dans l'étude de Turnbull avaient au moins une fois de prescription de psychotropes, tels que les médicaments antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, sans information détaillée supplémentaire[79].

Tableau 6: Description des trajectoires de soins/parcours de soins des patients inclus (6 études avec des informations de TS)

Auteur (année)	Pays	N inclus	Consultations en médecine	Recours	Médicaments (psychotropes et autres)
Van Son 2010[73]	Pays Bas	147	NS	Recours à un service ou soin de santé mentale . AMBP=72% . ANR=48% . BN= 61%	NS
King 1989[74] King 1991[75]	GB	69	NS	Aux spécialistes . 1 BN en psychiatrie avec TCC pendant 3 mois sans efficacité sur les symptômes de TCA (MG informés de la moitié des cas aux scores élevés) . 1 BN demandant une liposuccion mais refus du MG	NS
Aguilar 2004[76]	Espagne	13	Fréquence des visites au centre de santé : 4 par an pour 90,9% des patients	Taux de recours à un service de santé mentale : 22,2% des patients	NS
Striegel Moore 2008[77]	Etats Unis	204	Pour les TCA Utilisation des soins de santé par les « cas »: Augmentation dans l'année suivant la détection du TCA comparée à l'année précédant la détection : différence des moyennes post-pré détection . 3,84 pour consultations téléphoniques . 3,02 pour visites en service de psychiatrie . 2,15 pour services spécialisés . 1,21 pour visites en SP Utilisation des soins de santé plus élevée pour les cas comparée aux témoins pour tout secteur	NS	Pour tout type de TCA .avant détection 50% des patients ayant eu une prescription d'AD . après détection: 68% des patients ayant eu une prescription d'AD (augmentation de 18%)

Auteur (année)	Pays	N inclus	Consultations en médecine	Recours	Médicaments (psychotropes et autres)
Van Son 2012[78]	Pays Bas	167	Au moins un contact avec des MG pour tous les « cas » avec . 68% de consultations en face à face . 17% conversations téléphoniques . 6% de renouvellement de prescription. Pas de différence dans les moyennes de contact annuel entre les « cas » et le groupe A/D mais supérieur au groupe « non mental » Plus haut nombre de contacts en face à face pour les patients BN mais moins souvent pour leur TCA que les autres types de TCA et les témoins (p<0,05)	NS	AD comme médicaments le plus fréquemment prescrit pour les cas et les patients A/D comparé aux autres traitements Patients BN bénéficiant plus souvent d'une prescription de de contraception orale ou de médicaments pour les plaintes respiratoires que les autres traitements (p<0,01)
Turnbull 1996[79]	GB	163	NS	Recours à un psychiatre . 55% AM (36/63) adressés à un psychiatre . 80% AM (20/25 questionnaires envoyés pour plus de détail) . 40% BN adressés à un psychiatre.	Psychotropes prescrits . 45% BN ayant au moins une prescription de psychotropes . 60% BN(15/25 questionnaires envoyés pour plus de détail)

AD: Antidépresseurs; groupe A/D = groupe Anxieté/Dépression sans TCA; sans TCA et sans A/D=groupe "non-mental"; AM=Anorexie mentale; AMBP=Anorexia Nervosa Binging-Purging; ANR=Anorexia Nervosa Restrictive; BN=Boulimie Nerveuse; GAA=Guide d'Auto Assistance; GB=Grande Bretagne ; MG=Médecin Généraliste; NA=Non Applicable; NS=Non Spécifié ; TCC=Thérapie Cognitivo-Comportementale; TCR=Traitement Contrôlé Retardé

3.4.6 Description des critères cliniques

Les données sont présentées dans le tableau 7. Les critères cliniques permettant de décrire le devenir des patients atteints de TCA étaient surtout définis en termes d'intensité des symptômes, de fréquence et de nombre d'épisodes boulimiques mesurés par des scores, notamment le symptom rating test (SRT), une échelle basée sur 30 questions à propos de l'état psychologique de la personne dans la semaine précédente), et parfois du poids et de l'indice de masse corporelle (IMC).

Concernant la guérison, l'étude de Van Son faite en 2010 montrait des différences de taux de guérison et de temps de guérison selon les types de TCA[73]. Les auteurs de l'étude utilisaient un critère composite basé sur des données cliniques (IMC, utilisation de laxatifs, fréquence d'épisodes boulimiques et de vomissements provoqués, aménorrhée) et l'amélioration de l'état de santé des patients selon les MG. 57 % des patients atteints d'AM et 61 % des patients atteints de BN guérissaient après 4,8 ans de suivi moyen après détection des TCA. Les patients adressés et non adressés en service de santé mentale n'avaient pas de différence cliniquement observable en termes de guérison. Les patients atteints d'AMBP avaient une durée médiane de guérison de 4,4 ans, suggérant qu'ils étaient plus difficiles à soigner que les autres TCA (AM, BN). Un âge précoce de détection du trouble, c'est-à-dire en dessous de 19 ans, était un facteur prédictif de guérison.

Dans l'étude transversale de Aguilar réalisée en MG, 4 patients atteints de TCA sur 13 étaient considérés comme guéris par les MG, sans information supplémentaire à propos des types de TCA. La taille de cet échantillon et l'absence d'information sur la durée de suivi n'a pas permis de conclure de façon probante sur le taux de guérison. Les critères cliniques n'étaient pas définis et l'évolution favorable n'était pas explicitée.

Après 30 mois de suivi dans l'étude de King, les scores de l'EAT étaient statistiquement plus bas qu'en début d'étude pour les patients atteints de TCA-NS. Les patients atteints de BN avaient un score identique[75] A contrario, les scores SRT étaient plus élevés pour tous les types de TCA qu'au début de l'étude, suggérant une augmentation des symptômes psychologiques.

L'étude de Walsh montrait une réduction significative cliniquement du score BDI (Beck Depression Inventory, un score de dépression validé) dans le groupe « fluoxétine seule » mais aussi le groupe « fluoxétine avec guide d'autoassistance (GAA) » de 8,46 par mois[81]. Même si les patientes de l'ECR de Durand avaient un score BITE et un score BDI améliorés (diminution respective des scores de 8 points et 6 points) à la fin de l'étude par rapport au début de l'étude, la plupart d'entre elles souffraient de TCA sévères, sans différence entre les groupes de l'étude[82]. Il était donc difficile de mesurer l'efficacité réelles des traitements.

3 ECR montraient une réduction statistiquement significative des épisodes de BN et de vomissement provoqué après 1 à 9 mois de suivi, pour des patients bénéficiant d'un traitement de courte durée, un GAA, un suivi par un psychiatre ou une prescription de fluoxétine après détection[80-82]. D'un point de vue clinique, cette différence était minime. Dans l'ECR de Walsh[81], un groupe de 22 patients atteints de BN avaient reçu un placebo et n'avaient pas reçu de GAA. Ce groupe représentait le suivi le plus proche de la réalité des soins, sans intervention. Après 5 mois de suivi, il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans le nombre d'épisodes boulimiques ou de scores de dépression par rapport au début de l'étude quel que soit le groupe. Dans l'étude pilote de Waller, les patients bénéficiant

de soins usuels ou d'un placebo ne s'étaient pas améliorés après 5 mois de suivi par rapport au début de l'étude[83]. Tous cés résultats étaient à prendre avec précaution. Les critères cliniques étaient influencés par les principe même des interventions et le caractère artificiel des ECR par rapport au suivi de routine.

L'IMC moyen pour les patients atteints de AMBP et d'AM sans conduite de purge dans l'étude de Van Son avait augmenté significativement au fur et à mesure du suivi[73]. Le poids moyen dans les études de King était plus élevé pour les patients atteints de BN que pour les autres[74-75]. L'étude de Aguilar ne tenait compte que de la surveillance du poids, réalisée dans 42,9 % des consultations de patients inclus, mais ne donnait pas la valeur de ces poids[76].

Pour l'ensemble des études, un seul décès a été relevé et concernait une patiente atteinte d'AM dans l'étude de Van Son de 2010[73].

Tableau 7: description des critères cliniques des patients inclus (7 études avec des informations de CC

Auteur (année)	Pays	n inclus	Guérison	Scores	Épisodes boulimiques	Mesures et autres paramètres
Van Son 2010[73]	Pays Bas	147	Résultats par sous groupe : pas de différence entre les groupes adressés et non adressés (p<0,0001) Guérison : AM=57%;BN=61% Temps médian de guérison: AMBP=4,4 ans ; ANR=3,3 ans ; BN=2,8 ans Facteur prédictif de guérison pour AM et BN : Age de détection <19 ans à l'inclusion (OR=4,3; IC95=1,5-12,1 pour AM) (OR=8,2; IC90=1,38-48,38 pour BN)	Critère composite avec critères cliniques : IMC, nombre d'épisodes boulimiques Et avec impression Clinique de guérison des MG	NS	IMC moyen comparé au début de l'étude . AMBP=2,3 plus important (p<0,0001) . ANR=2,5 plus important(p<0,0001) Décès=1 (AM)
King 1989[74] King 1991[75]	GB	69	NS	Aux dates de suivi (18 mois et 30 mois) : (par rapport au début de l'étude) . scores EAT inférieur pour tout type de TCA et de groupe, hormis le groupe BN . score SRT plus élevé pour tout type de TCA	NS	Aux dates de suivi (18 mois et 30 mois) : (par rapport au début de l'étude) Poids moyens •plus élevés pour BN et obésité •plus bas pour les autres .pas de différence selon les groupes pour :Menstruation, poids et préoccupation de l'image corporelle
Aguilar 2004[76]	Espagne	13	Au moment de l'étude . Guéris=30,77% . D'évolution favorable =38,46% . Passage à la chronicité=30,77%	NS	NS	Surveillance du poids . 42,9% des patients . 60% pesés pendant la consultation d'inclusion

Auteur (année)	Pays	n inclus	Guérison	Scores	Épisodes boulimiques	Mesures et autres paramètres
Banasiak 2005[80]	Australie	109	NS	NS	Fréquence moyenne d'épisodes boulimiques par rapport au début de l'étude : réduction par 60% pour GAA; 6% dans TCR pulsions alimentaires et conduites compensatoires comparées au début de l'étude: rémission dans 28% pour GAA; 11% dans TCR	NS
Walsh 2004[81]	Etats Unis	91	NS	Symptômes psychologiques mesurés par l'échelle BDI . réduction avec Fluoxétine seule (60mg/jour) ou avec GAA (avec GAA 8,46 par mois)	Nb d'épisodes boulimiques : réduction avec Fluoxétine seule (60mg/jour) ou avec GAA (GAA 10,59 par mois) Nb de jours de vomissements : réduction avec Fluoxétine seule ou avec GAA (8,53 par mois) GAA seule inefficace	NS
Durand 2003[82]	GB	68	NS	.Scores BITE améliorés : 8 points de différence moyenne avec le début de l'étude .Scores BDI améliorés : 6 points de différence moyenne avec le début de l'étude	NS	NS
Waller 1996[83]	GB	11	NS	NS	Fréquence des crises de boulimie et vomissements : 55 % d'amélioration avec le traitement, arrêt des crises pour 4 patientes, diminution de 50 % pour 2 patientes	NS

AM=Anorexie Mentale; AMBP=Anorexia Nervosa Binging Purging; ANR=Anorexia Nervosa Restrictive; BDI=Beck Depression inventory; BITE=Bulimic Investigatory Test, Edinburgh; BN=Boulimie Nerveuse; EAT-26=Eating Attitude Test; GAA=Guide d'Auto Assistance; GB=Great Britain; IMC=Indice de Masse Corporelle; MG=Médecin Généraliste; NS=Non Spécifié; SP=Syndromes partiels ; SRT=Symptom Rating Test ; TCA=Troubles des Conduites alimentaires; TCA-NS=TCA non spécifiés ; TCR=Traitement Contrôlé Retardé

3.5 Discussion

3.5.1 Reprise des résultats principaux

Peu d'études dans la littérature correspondaient à nos critères d'inclusion. Une majorité de la littérature consistait en articles d'opinion sur le rôle du MG dans la détection et la prise en charge des patients atteints de TCA. La plupart des articles publiés avaient une perspective de soins secondaires et étaient composés d'études transversales. Ils ont été exclus de la revue de la littérature car ils avaient comme objectif de valider des outils de dépistage, tels que les questionnaires EAT-40[84], ou 26[62], SCOFF[64], BITE[85], ou le EDE-Q[86] dans la population générale ou une population consultant en SP, mais sans information de suivi. L'impact d'un dépistage systématique des TCA chez les patients de la population générale ou en SP n'est pas connu en tenant compte des données actuelles de la science.

Aucune étude n'a donné d'information à propos de l'efficacité d'un dépistage en SP.

Seulement 10 études dans la littérature donnaient suffisamment d'informations de suivi à propos de critères cliniques de guérison ou de recours pour les patients détectés par des procédures de dépistage réalisées par les MG. Seule une étude récente avait le même objectif que notre revue de la littérature, en mesurant l'efficacité du dépistage des TCA par les MG[73].

Les informations disponibles sur le parcours de soins après détection des TCA montraient que pour les types de TCA :

- la fréquence des consultations en médecine générale augmentait pour le prise en charge des TCA et la dépression
- le recours aux soins de santé mentale augmentait mais n'avait pas d'impact sur la guérison
- la prescription de médicaments psychotropes tels que les AD augmentait

Les informations disponibles sur les critères cliniques des patients après détection des TCA étaient hétérogènes. Il y avait plus d'information pour les patients atteints de BN que d'AM ou de TCA-NS. Les ECR montrait une réduction modérée des épisodes de pulsions alimentaires et de purge pour les patients atteints de BN ayant des traitements spécifiques, mais sur une période courte, 9 mois au maximum.

3.5.2 Caractéristiques méthodologiques des études incluses et impacts sur les résultats

Les résultats des études doivent être interprétés avec précaution.

Premièrement, le recrutement des patients en médecine générale par les MG dans leur patientèle n'avait été réalisé que dans 4 études sur 10[73,76,78-79]. La confusion entre la population générale et la population consultant en MG était fréquente. Les 6 autres études concernaient des patients issus de consultations de MG, mais qui n'auraient peut-être jamais consulté leur MG pour TCA. Certains patients avaient été recrutés directement pas les chercheurs de l'étude dans les salles d'attente. Les MG n'étaient pas forcément inclus dans le processus de recrutement. Quand les MG participaient au processus de recrutement des ECR, ils n'auraient peut-être jamais détecté ces patients là pour des TCA dans un contexte de soins usuels. 2 ECR sur 3 avaient adressé les patients inclus à des MG volontaires qui n'était pas leur MG habituel[80-81]. Enfin, certaines études incluaient à la fois des patients des soins

secondaires ou d'unités spécialisées et des patients de SP, constituant un échantillon hétérogène rendant la généralisation des résultats difficile[76-77].

Deuxièmement les patients détectés dans les ECR étaient traités systématiquement du fait du protocole de l'étude. Dans un contexte de soins usuels, certains patients détectés n'auraient pas forcément été traités. L'inclusion de patients dans une étude influence les décisions prises par le MG pour traiter ou adresser un patient à un spécialiste d'organes, modifiant le parcours de soins et donc l'impact d'un dépistage intégré dans un contexte naturel de médecine générale. Cet effet Hawthorne est à prendre en compte lors de la mesure de l'efficacité de la prise en charge d'une maladie[87].

Troisièmement, les effectifs inclus étaient faibles, de 13 à 204, résultant en un manque de puissance. Walsh expliquait que la prévalence des patients atteints de BN était tellement faible en SP que les chercheurs avaient dû recruter directement les patients dans la population générale pour s'assurer d'un nombre suffisant de patients pour cet ECR[81]. Pour d'autres études, l'inclusion concomitante de patients ayant des types différents de TCA pouvait avoir conduit à des trajectoires de soins et des critères cliniques modifiés par rapport à une inclusion exclusive. Cette faible prévalence des TCA en SP peut expliquer l'absence dans la littérature de recrutement exclusif dans ce cadre de patients atteints d'AM.

Quatrièmement, les critères cliniques et les trajectoires de soins étaient hétérogènes entre les études. Les périodes de suivi étaient variables selon les études, de 1 à 54 mois et les indicateurs non comparables.

Une méta analyse n'était donc pas possible.

Les facteurs prédictifs de guérison n'étaient établis que dans une seule étude ; un âge précoce au moment de la détection était un facteur prédictif de guérison pour les patients atteints de AM, BN et TCA-NS. La guérison était plus rapide pour les patients atteints de BN que ceux atteints d'AN[73]. La guérison était ici validée par des questionnaires envoyés aux MG. Il aurait été plus pertinent de demander directement aux patients ou d'utiliser les bases de données existantes.

3.5.3 Validité des définitions des TCA en médecine générale

Dans notre revue de la littérature, les faibles incidence et prévalence des TCA en médecine générale étaient souvent expliquées par une sous détection des patients atteints de TCA par les MG[69-88]. Plusieurs études affirmaient que les MG devaient détecter de façon précoce les patients atteints de TCA[67,89-90] et qu'ils devaient être formés à cela de façon urgente[70,88,91-92]. Mais les données scientifiques actuelles montrent que les MG sont rarement confrontés aux TCA dans un contexte de dépistage uniquement. Il semble que les patients atteints de TCA consultent les MG, mais pour d'autres raisons que cette maladie, expliquant la sous détection par les MG.

Les MG sont peut-être en contact avec des patients à risque mais différents de ceux diagnostiqués et hospitalisés, dans un contexte de soins secondaires. Il se peut que les patients détectés en soins secondaires ne consultent pas en SP. Dans deux études, l'âge moyen de patients détectés pour AM était plus élevé (22,7 ans[73] ou 28,11 ans[77]) qu'en soins secondaires où ce sont régulièrement des adolescents qui sont pris en charge.

L'utilité de la classification DSM en SP peut également être discutée. Dans les études de Van Son et Tunrbull, certains cas suspectés par les MG étaient invalidés par les chercheurs des études[78 79]. Les études pour lesquelles les MG recrutaient des patients montraient que les chercheurs validaient le diagnostic dans 60 à 80 % des cas[73,78-79,82]. On peut supposer que les MG détectent probablement les patients atteints de TCA avec une plus grande sensibilité que les psychiatres, suggérant que les MG ont plutôt un rôle de « suspicion » et les psychiatres un rôle de confirmation. La distinction des types de TCA est aussi questionnée en SP. Les MG tiennent compte des symptômes importants pour les patients sans forcément faire de diagnostic spécifique[93].

Un cadre nosologique en SP est à construire. Van Son a crée un critère composite tenant compte à la fois de critères cliniques en lien avec la classification DSM (IMC, nombre d'épisodes de pulsions alimentaires et de purge,…) et de l'impression de guérison des MG[73]. La classification DSM-IV n'était pas appropriée pour son étude. La classification DSM-V postérieur à l'étude de Van Son était plus en lien avec le terrain des SP, en définissant les BED (Binge Eating Disorder, hyperphagie boulimique en français). Cette définition introduite en 2013 correspond un sous type de TCA-NS dans le DSM-IV, avec une approche plutôt basée sur des symptômes que sur un syndrome défini. Les BED sont probablement les TCA les plus fréquemment observés en SP et soins secondaires[94].
Des classifications plus spécifiques des SP comme la CISP 2 peuvent être une base utile pour combiner des procédures diagnostiques (Anorexie et Boulimie définis par le code P86) et des situations biopsychosociales (domaines généraux et non spécifiés code AXX)[95].

De nouveaux critères quantitatifs et qualitatifs pour détecter les TCA sont à explorer. Le sentiment de perte de contrôle lié à la nourriture est un élément intéressant de critère centré sur le patient permettant une union des idéologies de la classification DSM avec celle du contexte des SP[96 97].
Certaines études incluses n'ont pas retrouvé de différence de taux de guérison entre les patients adressés et non adressés à un spécialiste. Les patients atteints de syndromes plus sévères étaient probablement adressés plus facilement aux psychiatres, alors que les patients moins atteints étaient pris en charge seulement par leur MG. Il serait intéressant d'évaluer quand les MG pourraient adresser les patients atteints de TCA aux spécialistes, plutôt que d'évaluer les deux types de prise en charge.

3.5.4 Implications pour la pratique clinique future

Des informations issues de bases de données spécifiques aux SP et un recrutement effectué par les MG, comme les études de cohorte réalisées aux Pays Bas sont à réaliser dans d'autres pays.
Des cohortes comparant les caractéristiques des patients atteints de TCA suivis en SP et ceux suivis en soins secondaires ou spécialisés devraient être construites. Les données semblaient plus pertinentes en termes de recherche et de pratique clinique lorsque les études étaient conduites par une équipe pluridisciplinaire (MG, psychiatres, épidémiologistes)[73-78]. Le recueil de données devrait cibler les critères cliniques et sociaux, le recours aux soins, la fréquence des consultations et la prescription médicamenteuse. La difficulté principale de ce type d'études serait la gestion des données manquantes

et l'obtention de détails des consultations de MG, en se centrant sur les symptômes des patients consultant leur MG.
La CISP est décrite dans la littérature comme une classification intéressante pour ces enjeux[95]. Des ECR devraient également être conçus à partir de la population consultant en SP afin de comparer les critères cliniques de guérison de patients détectés par les MG systématiquement et la prise en charge usuelle.
La BN semblait dans la littérature aussi fréquente voire plus fréquente en population générale que l'AM[18]. Les MG ont peut-être un rôle important dans la détection de ces patients atteints de BN.
Il semble enfin que la dépression est une comorbidité fréquente dans la population atteinte de TCA. L'ensemble des études tenaient compte de la dépression, certains articles montraient des taux élevés de prescription d'antidépresseurs[78-80], les scores de dépression étaient pris en compte et ceux-ci étaient améliorés en traitant les TCA[79-83]. La prise en compte de la dépression est probablement une piste d'amélioration du pronostic des patients atteints de TCA[58].

3.5.5 Forces et faiblesses de l'étude

A notre connaissance, il s'agit de la première revue systématique de la littérature évaluant l'efficacité d'un dépistage des patients atteints de TCA par les MG dans un contexte de SP. Elle a été réalisée à partir de cinq bases de données internationales et à partir de la librairie Cochrane mais sans prendre en compte l'ensemble de la littérature grise. Une autre force est la collaboration pour l'étude de psychiatres, épidémiologistes et médecins généralistes avec une perspective de SP. Une méta analyse n'a pu être réalisée faute de données spécifiques et du caractère hétérogène du recueil des données et de l'analyse des données. Nous avons discuté les critères méthodologiques de chaque étude en s'inspirant des scores de validité d'études, tels que CONSORT, sans l'utiliser directement.
Une faiblesse de l'étude est l'absence de prise en compte des différences de système de santé et de type de SP entre les Etats Unis, les différents pays d'Europe du Nord et du Sud. Aux Etats Unis, des unités de SP sont présentes en milieu hospitalier, ce qui n'est pas le cas en Grande Bretagne ou aux Pays Bas (cf chapitre 1.3.1). Ceci pouvait rendre difficile la comparaison des caractéristiques des patients[98].

3.6 Conclusion

L'efficacité du dépistage des patients atteints de TCA par les MG en SP est à ce jour inconnue. Dans les études observationnelles, il y avait une augmentation quel que soit le type de TCA de la fréquence de consultations, du recours aux soins spécialisés et de prescription d'antidépresseurs. Une étude a répondu en partie à notre objectif. Elle retrouvait une guérison des patients atteints d'AM dans 57 % des cas et de BN dans 61 % des cas après 4,8 ans de suivi moyen. Un âge inférieur à 19 ans de détection du trouble était prédictif d'une guérison plus fréquente et plus rapide. Les patients atteints de BN semblaient guérir plus rapidement que les patients atteints d'AM.

4 ETUDE D'UNE COHORTE EN MEDECINE GENERALE DE PATIENTS ATTEINTS DE TCA

4.1 Qui sont les patients atteints de TCA en SP ?

Peu d'études se sont intéressées au devenir des patients dépistés en SP (cf partie 1). L'amélioration du pronostic des patients atteints de TCA n'est pas connue. Il semble que la dépression soit une comorbidité majeure des TCA en SP, puisque 40 à 50% des patients atteints de TCA ont un diagnostic associé de dépression[58].

Peu d'études dans la littérature ont décrits en SP le lien entre la dépression et les TCA. Certains auteurs ont fait l'hypothèse que la dépression pouvait être un facteur de risque de TCA, d'autres l'inverse[99]. D'autres estiment que les TCA augmentent le risque de syndrome dépressif, aboutissant à des addictions et au suicide[58]. Une récente étude américaine a confirmé que la faible estime de soi était un facteur de risque de développement à la fois de dépression et de TCA[100].

Une étude recommandait la création de cohortes spécifiques aux SP[30], en France également[19].

4.2 Objectifs et hypothèses

Objectif 2 : ***Décrire une population de patients prise en charge en médecine générale pour TCA (âge, sexe, comorbidités et prescriptions associées).***

Objectif 3 : ***Etudier dans le suivi de ces patients, à quel moment survient une prise en charge pour dépression/humeur dépressive quand elle existe.***

Hypothèse 1 : La dépression, l'humeur dépressive sont des comorbidités fréquentes des TCA. Les patients ayant des TCA ont plus souvent que la population générale une prise en charge associée pour dépression.

Hypothèse 2 : La prise en charge pour dépression/humeur dépressive précède la survenue des TCA. La dépression/humeur dépressive pourrait ainsi servir de signal d'alerte dans le repérage des patients atteints de troubles de conduites alimentaires en médecine générale.

4.3 Méthode

Il s'agissait d'une étude de cohorte à partir des dossiers de consultation des MG de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG).(http://omg.sfmg.org/)

4.3.1 Présentation de l'Observatoire de la Médecine Générale

L'OMG est une base de données gérée par la Société Française de Médecine Générale (SFMG), regroupant les données issues de consultations en médecine générale de 1993 à 2009, figée au 02/03/2009. En tout 112 MG ont recensé plus de 2 millions de consultations pour 169 857 hommes et 185 891 femmes.

Les MG de l'OMG étaient représentatifs des MG français en termes d'âge, de genre, de prescription médicamenteuse en 2004[101]. Les caractéristiques relatives aux patients et aux données de consultation de l'OMG étaient cohérentes avec celles des bases de la CNAMTS (caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés), de la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) et de l'IRDES (institut de recherche et de documentation en économie de la santé)[101]. Elle porte un agrément CNIL (Commission Nationale Informatique et des Libertés 06/07/1998- numéro 311668).

4.3.2 Le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC)

Les médecins de la base OMG utilisent le DRC pour renseigner leurs dossiers. Le dictionnaire des résultats de consultation (DRC) correspond à des problèmes (ou cas) pris en charge, selon des définitions précises avec des critères d'exclusion et d'inclusion. Chaque définition présente des critères dits « indispensables » et des critères dits « facultatifs ». Il est un outil de codage pour le soin avec une correspondance avec la CIM-10. Lors de son ouverture informatique en 1993, elle était en lien avec la classification DSM-IV (diagnostic d'AN, BN et TCA-NS). Un résultat de consultation représente un problème pris en charge au cours d'une consultation

Pour chaque RC, un code suivi peut être renseigné. Ce code suivi sert à qualifier un problème pris en charge pour la première fois dans le parcours de soins d'un patient (référencé N). dit persistant (P) quand celui-ci a déjà été évoqué précédemment dans le parcours de soins et révisé (R) lorsque le diagnostic est revu par rapport à un RC précédent[102]. Il est considéré comme un critère robuste [101]
Une consultation correspond à un contact avec le MG. A chaque consultation il peut donc y avoir plusieurs « problèmes » pouvant être pris en charge, c'est à dire plusieurs RC[102]. Quand un RC est noté dans une consultation, cela signifie qu'une prise en charge à propos de la pathologie concernée est effectuée lors de cette consultation. 274 RC étaient définis en 2007.
Les MG de l'OMG ont tous été formés à l'utilisation du DRC et utilisent tous un logiciel métier pour leurs prescriptions médicamenteuses. Ne sont gardés pour l'exploitation de la base OMG que les médecins pour lesquels plus de 80 % de leur volume de consultations ont été enregistrés en RC. Le volume de consultations est mesuré par le Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP)[103]. 80 % des consultations et des visites comportent au moins un RC[104].

Les RC correspondent à une prise en charge et peuvent refléter un diagnostic. Nous utiliserons pour plus de clarté d'écriture le terme diagnostic plutôt que RC, même s'il ne s'agit pas de vrai diagnostic puisqu'aucune donnée directement recueillie sur les patients n'a été réalisée. Le RC est une mesure subjective, c'est-à-dire sans critères objectifs mesurables. Mais du fait des catégories multiples et de la possibilité de description exhaustive de la situation par les MG, elle peut être considérée comme une mesure subjective fiable en termes de pronostic et équivalent à un diagnostic[105].

L'ensemble des RC représente plus de 97% des situations cliniques prises en charge en MG

Dans la base de données, chaque RC était considéré comme valide si [98]

- Les critères indispensables étaient utilisés
- Les critères facultatifs présents
- En correspondance avec la CIM-10
- Avec un code suivi référencé

4.3.3 Population étudiée

Les patients ont été inclus à leur première consultation évoquant un TCA, type anorexie/boulimie (RC 539 ; CIM 10 F50-0_9) entre 1994 et 2007.

Le DRC définit le trouble alimentaire (RC539) comme :

Tableau 8: description du RC anorexie/boulimie

Critères indispensables (au moins 1 des trois)	Critères facultatifs
ANOREXIE	Peur de grossir
	Efforts pour perdre du poids
BOULIMIE	Déni des problèmes alimentaires
	Régimes non justifiés et inadaptés à répétition
ALTERNANCE ANOREXIE ET BOULIMIE	Ingestion rapide d'une grande quantité d'aliments
	Vomissements provoqués
	Variations importantes de poids
	Aménorrhée
	Désintérêt sexuel
	Récidive
	Asymptomatique

Le RC Anorexie/boulimie était considéré comme valide s'il présentait au moins un des critères indispensables. Les critères facultatifs pouvaient être utilisés par le MG pour caractériser le RC, mais n'étaient pas indispensables.

Les variables biométriques telles que le poids et la taille n'étaient pas disponibles. Nous avons considéré que le RC était un outil suffisamment fiable pour ne pas tenir compte de l'IMC ou du poids.

Les critères d'exclusion étaient : l'âge inférieur à 8 ans comme défini dans les recommandations NICE[13], les patients dénutris pour des raisons organiques fréquentes en médecine générale survenues avant inclusion ou dans les 5 ans suivant l'inclusion (cancer, cirrhose, VIH).

1589 sujets de plus de 8 ans ont été pris en charge pour trouble alimentaire avec un des MG de l'OMG. 107 MG sur 112 avaient enregistré la prise en charge d'au moins un patient pour trouble alimentaire. (cf figure 2)

Parmi les 1589 sujets, 126 ont été exclus pour données aberrantes sur le mois et l'année, avec des dates de consultation ne correspondant pas aux limites temporelles de la base. 86 sujets qui ont eu au

moins une prise en charge pour cancer ou cirrhose du foie avant inclusion ou dans les 5 ans (inclus) suivant l'inclusion ont été exclus car les troubles alimentaires pouvaient être secondaires à la maladie ou au traitement, n'entrant donc pas dans la définition des TCA. 58 sujets ont été pris en charge pour le VIH ou ont eu une prescription à propos du VIH avant inclusion ou dans les 5 ans suivant l'inclusion. 1319 sujets ont été inclus pour l'étude. Pour 9 d'entre eux, la caractérisation du genre manquait. L'analyse a donc été faite sur 1310 sujets de plus de 8 ans ayant eu au moins une prise en charge pour TCA lors d'une consultation, recensés par 107 MG entre 1994 et 2007.

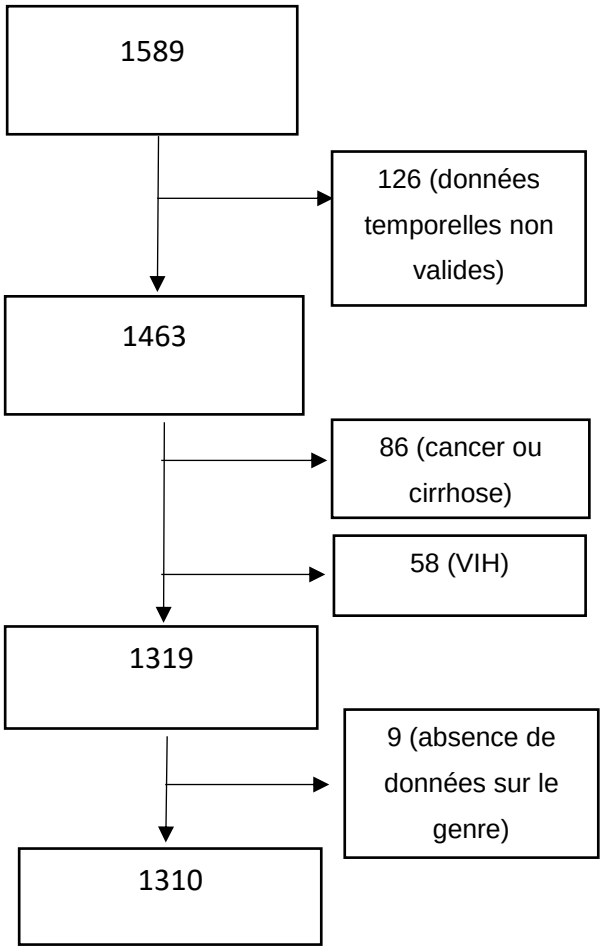


Figure 2 : Diagramme de flux : sélection des participants

4.3.4 Exploitation des données (Data management)

4.3.4.1 Variables utilisées

4.3.4.1.1 Les résultats de consultation (RC) associés aux TCA et à la dépression

Les variables utilisées venaient de 3 bases différentes (PAT, MED AD, CONS MED) assemblées initialement à l'aide du logiciel SAS 9.1©.

L'objectif de notre étude était de décrire les caractéristiques des patients ayant au moins un RC TCA recueilli par un MG les RC et en caractérisant les types de TCA (AM, BN et TCA-NS) selon le DSM.

Pour chaque patient ayant au moins une prise en charge pour TCA lors d'une consultation, les données disponibles étaient dans la base PAT:

- Age
- Sexe
- Nombre de RC
- Nombre total de consultations
- Nombre de consultations avec un RC TCA

La variable DEP (dépression/humeur dépressive) a été construite en combinant les RC associés à la dépression (RC 727) et l'humeur dépressive (RC 739) (cf tableau 9). Elle permettait d'étudier les patients ayant été pris en charge pour un épisode de dépression/humeur dépressive. Ils sont dits « déprimés », notés DEP dans notre étude. Les patients non déprimés ont été appelés « non DEP ». Les données de suivi de dépression ont également été extraites ainsi que le nombre de consultations contenant un RC DEP.

Tableau 9: description du RC dépression

Critères indispensables obligatoires (les 4 doivent être présents)	**Critères facultatifs**
DOULEUR MORALE	Auto dévaluation Idées suicidaires ou récurrentes de la mort Tristesse
INHIBITION PHYSIQUE ET PSYCHIQUE	Baisse de l'activité physique (asthénie, sexe, appétit) Baisse de l'activité psychique (parole, mémoire, concentration)
TROUBLES DU SOMMEIL	Insomnie Somnolence Hypersomnie
ABSENCE DE TROUBLES DE LA PERSONNALITE	
Evoluant depuis plus de 15 jours	

Nous n'avons pas étudié la durée de suivi pour un 'épisode dépressif, car il s'agissait de recueil de RC et donc la durée des symptômes affectant les patients n'était pas calculable. Les durées minimales de syndrome dépressif fluctuent dans la littérature de 1 mois à 3 mois[106] sans consensus établi. Nous avons donc considéré après consensus de l'équipe dans notre étude qu'un patient ayant eu au moins un fois un RC DEP était déprimé.

Etude des RC associés au RC TCA :

Des troubles fonctionnels sont fréquemment associés aux TCA et diminuent la qualité de vie des patients atteints de TCA[52-57]. Ont été considérés comme signes d'appel ou d'alerte les RC suivants en fonction des données de la littérature :

- le RC lié à des troubles psychiques non spécifiques du fait des personnalités borderline souvent décrites dans la littérature comme l'immaturité, un comportement caractériel, ressenti par le médecin comme présent mais non spécifique[31]
- le RC lié à la douleur du fait des plaintes chroniques de douleurs musculaires, articulations[107]
- le RC lié aux troubles digestifs du fait des comportements de purge comme les diarrhées, les vomissements induits[77]
- le RC lié aux troubles gynécologiques du fait de la dysménorrhée associée aux TCA[108]
- le RC lié aux troubles dentaires du fait des vomissements et de la dénutrition[109]

Le RC lié à l'anxiété a également été considéré du fait de l'association entre troubles anxiodépressifs et TCA[59]

Le tableau 10 reprend les RC étudiés, avec leur équivalent CIM-10 et CISP.

Tableau 10: RC d'intérêt associés aux RC TCA pour l'étude

Type de pathologie ou de symptôme	Code RC	CIM-10	CISP
TCA	Anorexie (psychogène)-Boulimie	F50.0	P86
DEP	Dépression/Humeur dépressive	F33.9/F32.0	P76
Anxiété	Anxiété/Angoisse	F41.0	P74
Troubles psychiques	Psychique (Trouble)	NON	NON
Douleurs	Douleur non caractéristique	R52.9	A01
Troubles digestifs	Diarrhée-nausée-vomissement	A09	D73
Troubles gynécologiques	Dysménorrhée	N94.4	X02
Troubles dentaires	Dent (pathologie de la)	K01.0	D82

4.3.4.1.2 Prescription médicamenteuse

Médicaments en lien avec les TCA

La prescription médicamenteuse la plus en lien avec les symptômes potentiellement associés aux TCA a été étudiée[6,81]. L'étude n'avait pas d'objectif d'exhaustivité des thérapeutiques médicamenteuses.

La base de données des médicaments appelée CONS MED était une base différente de celle des patients. Le département d'informatique médicale de la SFMG a fourni une partie de la base

directement. Les médicaments concernés étaient les psychoanaleptiques contre l'anxiété, les médicaments contre les troubles de l'acidité, les troubles fonctionnels intestinaux, les médicaments contre la constipation, les diurétiques, les médicaments contre la toxicomanie. Les données étaient extraites d'une autre base de données « MED AD » pour les médicaments liés à la dépression. Cette base ne contenait que des informations concernant les médicaments psychoanaleptiques.

Les données médicamenteuses étaient codées en classification ATC contenant 5 niveaux de classification[110].

Les médicaments étudiés ont donc été :

- Les médicaments psychoanaleptiques, qui sont le plus souvent prescrits dans le cadre d'une dépression (N06A), tels que les antidépresseurs des catégories des inhibiteurs non sélectifs de recapture de la monoamine, les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine, les inhibiteurs de la monoamine oxydase, les autres antidépresseurs tels que le bupropion ou la venlafaxine (N06AA, N06AB, N06AF, N06AX)
- Les médicaments prescrits dans le cadre de l'anxiété généralisée [58]
    - Les anxiolytiques dérivés de la benzodiazépine (N05BA)
    - Les hypnotiques reliés aux benzodiazépines tels que zopiclone et zolpidem (N05CF) (meme si ces médicaments sont plus souvent prescrits dans les insomnies)
- Les médicaments utilisés par les MG dans les troubles toxicomanogènes (N07B) souvent associés aux TCA tels que le tabagisme pour couper l'appétit ou l'abus d'alcool ou de substances opioïdes pour une recherche de bien être[111]
    - Contre la dépendance tabagique (N07BA)
    - Contre la dépendance alcoolique (N07BB)
    - Contre la dépendance opioïde (N07BC)
- Les médicaments contre les troubles de l'acidité du fait des vomissements induits
    - Les antiacides de la famille A02A : les topiques gastriques
    - Les médicaments contre l'ulcère et le reflux (A02B) : en particulier les inhibiteurs de la pompe à protons (A02BC), les antagonistes des récepteurs H2 (A02BA)
    - Les autres médicaments antiacides tels que le Bédelix ©
- Les médicaments contre la constipation pour aider aux purges tels que les laxatifs lubrifiants, de lest, stimulants et autres (A06AA, A06AB, A06AC, A06AD)
- Les médicaments contre les désordres fonctionnels intestinaux du fait des diarrhées induites et des douleurs abdominales
    - Les médicaments contre les troubles fonctionnels intestinaux tels que les anticholinergiques et la papavérine (A03A)
    - Les stimulants de la motricité intestinale (A03FA) tels que le métoclopramide, la dompéridone
    - Les autres médicaments tels que la belladone ou ses dérivés
- Les médicaments diurétiques sur les comportements de purge et de perte de poids[58] en particulier les diurétiques de l'anse (C03C) et les diurétiques thiazidiques (C03A)

Les dates de consultation et de prescription des variables catégorielles des médicaments suivants ont été reconstruites pour les médicaments suivants :

- Les inhibiteurs non sélectifs de recapture de la monoamine (N06AA)
- Les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine(N06AB)
- Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (N06AC)
- Les autres antidépresseurs tels que la venlafaxine, le bupropion, la miansérine (N06AX)

Un travail d'appariement avec les numéros d'identifiants a été effectué en prenant en compte la prescription de ces médicaments dans les 6 mois précédant l'inclusion et le jour de l'inclusion. L'objectif était de décrire le changement de prescription de ces médicaments et la prescription médicamenteuse à proximité du diagnostic.

Exploitation des données de prescription médicamenteuse

Après exclusion des données manquantes, les données de 546 patients ayant eu une prescription de médicaments parmi ceux étudiés dans les 6 mois précédant l'inclusion et le jour de l'inclusion ont été analysées. Les prescriptions médicamenteuses des patients TCA DEP et TCA non DEP ont été comparées.

Les patients avec une prescription médicamenteuse disponibles soit dans les 6 mois précédant l'inclusion, soit le jour de l'inclusion, soit les 2, ne différaient pas de l'échantillon des patients sans prescription médicamenteuse (n = 764) concernant

- L'âge (p = 0,3)
- Le sex ratio (p = 0,4)
- La durée de suivi total, avant et après inclusion, et pour TCA (p = 0,1)
- Le nombre de consultations total avant et après inclusion et pour TCA (p = 0,1)
- Le profil de suivi pour TCA (p = 0,1)
- La durée de suivi pour DEP (p = 0,1)
- Le nombre de consultations pour DEP, avant et après inclusion (p = 0,1)

En revanche ces patients présentaient moins une première prise en charge pour TCA (62,8 % vs 70,2 %, p<0,001) que ceux sans prescription médicamenteuse dans l'échantillon global

Plus de patients DEP (37,91 % vs 28,27 %, p<0,001), plus de patients ayant une nouvelle prise en charge pour DEP (23,4 % vs 17,8 %, p<0,001), ainsi que plus de profil 3 de DEP (suivi concomitant au suivi pour TCA ; 27,6 % vs 22,2 %, p<0,001) étaient retrouvés parmi les 546 patients ayant des données de prescription médicamenteuse que l'échantillon des 764 patients sans prescription médicamenteuse. Les populations étaient ainsi relativement comparables, rendant exploitables les données de prescription présentées plus loin dans la partie résultats.

Exploration de la validité temporelle des prescriptions

Pour 546 patients, des données de prescription médicamenteuse soit dans les 6 mois précédant l'inclusion, soit le jour de l'inclusion étaient disponibles. Parmi eux, 312 avaient à la fois des données dans les 6 mois précédant l'inclusion et le jour de l'inclusion.

Pour mettre en évidence un éventuel schéma de prescription, 4 catégories de prescription ont été initialement conçues

- Catégorie 1 : ceux n'ayant eu aucune prescription des médicaments concernés dans les 6 mois précédant l'inclusion, ni le jour de l'inclusion
- Catégorie 2 : ceux ayant eu à la fois une prescription des médicaments concernés dans les 6 mois précédant l'inclusion et le jour de l'inclusion
- Catégorie 3 : ceux n'ayant pas eu de prescription des médicaments concernés dans les 6 mois précédant l'inclusion mais ayant eu une prescription le jour de l'inclusion
- Catégorie 4 : ceux ayant eu une prescription des médicaments concernés dans les 6 mois précédant l'inclusion mais pas le jour de l'inclusion

Le faible nombre de patients par catégorie a conduit à ne pas exploiter ces données médicamenteuses de temporalité.

4.3.4.2 Gestion des données

Un travail conséquent de gestion des données a été réalisé afin de répondre à l'objectif de recherche.

4.3.4.2.1 Fusion des bases

Comme cités précédemment, trois bases de données étaient disponibles

- PAT : contenant les données des patients atteints de TCA ayant au moins un RC TCA
- MED AD : contenant les données de médicaments antidépresseurs et des éléments de dépression de patients ayant au moins un RCA TCA
- CONS MED: contenant les données d'un échantillon de 15 000 patients tirés au sort n'ayant pas forcément de RC TCA, initialement non conçu pour l'étude

Le premier travail a consisté à apparier les bases selon les identifiants des patients, en vérifiant la cohérence des données d'une base à l'autre.

4.3.4.2.2 Gestion des données manquantes

Les données manquantes ont été prises en compte en excluant les patients de l'échantillon.

Ces données pouvaient être manquantes

- Soit par défaut de renseignement par le MG,
- Soit par défaut d'extraction des données,
- Soit car le phénomène était absent de la présentation clinique.

Les valeurs aberrantes ont été exclues. La cohérence des variables a été vérifiée. Seuls 9 patients ont été exclus du fait de valeurs de genre non renseignées.

4.3.4.2.3 Construction de nouvelles variables

Les données descriptives directement extraites des bases de données ont été détaillées plus haut. Les données liées au suivi ont été reconstruites à partir des dates de consultations (logiciel SAS 9.1 ©):

- La durée de suivi total en semaines ou années
- La durée de suivi pour TCA en semaines ou années
- La durée de suivi pour DEP en semaines ou années

- La durée de suivi avant inclusion en semaines ou années

Les données liées au profil de DEP et de TCA étaient :

- La position de la consultation d'inclusion a été décrite pour le TCA dans le suivi de patient, aboutissant à la construction de 4 profils de suivi de TCA:
    - Profil A : la consultation d'inclusion était leur premier contact avec ce médecin de la base
    - Profil B : la consultation d'inclusion était leur dernier contact avec ce médecin
    - Profil suivi intégré : la consultation ou le contact était de type intermédiaire, c'est-à-dire que la consultation d'inclusion était partie intégrante de leur suivi chez ce médecin (appelé suivi intégré)
    - Profil D : la consultation d'inclusion pour TCA était leur contact unique

La survenue d'une prise en charge pour dépression, le cas échéant a abouti à la construction de 4 profils en fonction de la survenue de cet évènement par rapport à la consultation d'inclusion

- Profil 1 : suivi pour DEP exclusivement antérieur au suivi pour TCA
- Profil 2 : suivi pour DEP débutant avant le suivi pour TCA puis concomitant
- Profil 3 : suivi pour DEP débutant avec le suivi pour TCA ou juste après et concomitant
- Profil 4 : suivi pour DEP débutant exclusivement après le suivi pour TCA

La variable « TCA 100% » a été définie par la présence ou non d'un RC TCA pour chaque consultation du patient suivi par le MG, c'est-à-dire un nombre de consultations total égal au nombre de consultations pour TCA. Elle a permis de décrire les caractéristiques des patients ayant un suivi centré sur les patients atteints de TCA.

Les types de TCA sont peu identifiables en SP et ne sont pas forcément en lien avec le DSM-IV[73,78]. L'AM est une pathologie peu prévalente voire absente en SP[73,81]. Nous avons choisi de rester proches de la classification DSM-IV TR pour construire malgré ces particularités liées au contexte la variable « type de TCA ». Elle a été construite à partir de la base de données PAT.

- « AM » : le critère indispensable anorexie était présent seul ;
- « BN » : le critère indispensable boulimie était présent seul ;
- « TCA-NS » : le critère indispensable « alternance anorexie/boulimie » était présent seul, OU le critère indispensable était manquant mais avec la présence de critères facultatifs, OU au moins deux critères indispensables étaient recueillis (normalement non recommandé par le DRC mais possible). Ces conditions étaient en lien avec les formes subsyndromiques décrites dans le DSM, du fait du polymorphisme du RC et donc probablement du tableau clinique.

4.3.5 Analyse descriptive

Les variables suivantes ont été décrites pour la population totale et selon chaque type de TCA: âge, sexe, nombre de consultations total ou spécifique des TCA, durée de suivi spécifique et total, profil de suivi pour TCA, le type de suivi pour TCA. Les patients TCA ont d'abord été décrits avec les moyennes et les médianes comme paramètres de position, les écarts types et les extrêmes comme paramètres de dispersion.

La distribution des variables était de deux types

- Distribution « tronquée » : la médiane était considérée comme plus informative en tant que paramètre de position, puisque la valeur de la variable par individu était fréquemment nulle ou dont la distribution ne suivait pas une loi normale (âge, nombre total de consultations, durée totale de suivi, durée de suivi avant inclusion, durée de suivi après inclusion)
- Distribution considérée comme normale : la moyenne était considérée comme plus informative en tant que paramètre de position, puisque la variable ne contenait pas la majorité du temps des valeurs nulles (nombre de consultations avec TCA, nombre de consultations précédant l'inclusion, nombre de consultations après inclusion, durée de suivi pour TCA)

Par souci d'exhaustivité, l'ensemble des paramètres de position et de dispersion a été présenté pour chacune des variables.

Les comorbidités telles que les troubles physiques ou psychologiques associés aux TCA, ainsi que la prescription médicamenteuse ont ensuite été décrites sur l'ensemble de l'échantillon.

Les patients DEP ont été décrits selon l'ensemble des caractéristiques présentées précédemment et comparés aux patients non DEP.

Les patients ayant un type de suivi unique pour TCA ou un suivi intégré ont été décrits avec les mêmes variables.

Au total 41 variables ont été décrites. Certaines étaient cohérentes mais redondantes. Les variables les plus pertinentes en lien avec nos objectifs ont été retenues pour la constitution des tableaux et dans la présentation des résultats.

Une analyse bivariée avec des tests d'association type Chi 2, Student et ANOVA ont été réalisée avec le logiciel R 2.3.2©. Le seuil de significativité des tests a été établi à 0,05, sans ajustement pour comparaisons multiples[112] .

4.3.6 Etude de la temporalité DEP-TCA

Nous avons étudié la survenue d'une prise en charge pour DEP par rapport à la consultation d'inclusion.

Nous avons considéré que la survenue d'une prise en charge pour DEP pouvait être

- Éloignée d'un diagnostic de TCA s'il survenait 2 ans avant ou 2 ans après l'inclusion pour TCA
- Concomitante s'il survenait dans les 6 mois précédant ou succédant la consultation d'inclusion.

Les patients diagnostiqués pour la première fois DEP ont été divisés en 7 catégories :

- Plus de 2 ans avant le TCA
- Moins de 2 ans mais plus de 6 mois avant la prise en charge pour TCA
- Dans les 6 mois précédant la prise en charge pour TCA
- Le jour de l'inclusion (c'est-à-dire le jour de la première prise en charge pour TCA)
- Moins de 6 mois après la prise en charge pour TCA
- Plus de 6 mois après mais moins de 2 ans après la prise en charge pour TCA
- Plus de 2 ans après la prise en charge pour TCA

Les données de temporalité ont été étudiées sur les patients qui présentaient un profil de suivi intégré à la prise en charge, c'est-à-dire la majorité du temps (profil C). En effet, les valeurs de dispersion étaient nulles lorsqu'il s'agissait d'une consultation unique sans suivi.

Les profils de suivi de TCA ont également été croisés avec les profils de suivi de dépression afin d'étudier les profils de TCA et de DEP les plus fréquemment associés, en tenant compte de l'association impossible de certains profils (profil 1 de DEP et A de TCA par exemple).
Dans les deux cas une analyse bivariée avec test d'association de type Chi2 global a été réalisée à l'aide du logiciel R 2.3.2©. Le seuil de significativité des tests a été établi à 0,05.

4.4 Résultats

Entre 1994 et 2007, 107 MG participant au recueil ont été pris en charge au moins une fois 1310 patients.

4.4.1 Description de l'échantillon

4.4.1.1 Caractéristiques des patients

Les données sont résumées dans le **tableau 11/colonne A**.
Les 1310 patients étaient majoritairement des femmes (82,67 %). Leur médiane d'âge de première prise en charge était de 28 ans avec une grande dispersion (de 8 à 103 ans) et leur moyenne d'âge de 35,19 ans. 80,9 % des patients avaient plus de 18 ans (1060 sur 1310). 251 femmes dans notre échantillon avaient plus de 50 ans (19,16 %).
Le nombre médian de consultations pour l'ensemble de leur suivi était de 17 (35,19 en moyenne), avec une moyenne de 62,34 RC par patient. Le nombre moyen de consultations contenant un RC TCA était de 2,97 (min : 1 - max : 132).
La durée moyenne de suivi était de 278,60 semaines soit 5,35 ans. Le nombre moyen de consultations avant l'inclusion est de 14,2 (ET16,20), et après l'inclusion de 16,45 (ET25,62). 798 sur 1310 patients (60,9 %) ont eu une seule consultation avec un RC TCA, 512 patients (39,1 %) ont eu 2 consultations ou plus à propos du TCA. 168 en ont eu plus de 4 consultations. La durée moyenne de suivi pour TCA était de 20,45 semaines.

145 patients (11,06 %) ont été suivis exclusivement pour TCA appelés TCA 100 %. 94 d'entre eux ne sont venus qu'une seule fois.
Ces patients, comparés aux autres

- étaient plus fréquemment des femmes (88,28 % *vs* 81,96 %, $p < 0,001$)
- étaient plus jeunes de 6,09 ans en moyenne ($p < 0,001$)
- avaient moins consulté (3,6 *vs* 69,68 en moyenne, $p < 0,001$)
- avaient une plus petite durée totale de suivi (5,47 *vs* 312,6 semaines, $p < 0,001$) et une plus petite durée de suivi pour TCA (5,59 *vs* 22,3 semaines, $p < 0,001$)

Sur l'ensemble du suivi des 1310 patients, les prises en charge concomitantes étaient les suivantes :

- 76 (5,8 % de l'échantillon) au moins une fois pour anxiété
- 227 (17,3 % de l'échantillon) pour des troubles de la personnalité non psychotiques
- 64 (4,9 % de l'échantillon) pour des douleurs chroniques
- 111 (8,4 %) pour des troubles digestifs
- 89 (6,8 % de l'échantillon) pour des troubles gynécologiques
- 1 pour problème dentaire

545 patients avaient un diagnostic d'AM (41,6 % de l'échantillon), 346 une BN (26,4 % de l'échantillon), 419 des TCA-NS (32 % de l'échantillon). Les données sont résumées dans le **tableau 12**.

Certaines caractéristiques des patients TCA étaient différentes selon le type de TCA

- Les patients atteints d'AM étaient moins fréquemment des femmes que les patients atteints de BN ou de TCA-NS (74,68 % *vs* 90,75 % pour BN et 86,39 % pour TCA-NS, $p < 0,001$)
- Les patients atteints d'AM étaient en moyenne plus fréquemment âgés que les patients atteints de BN ou de TCA-NS (37,88 ans *vs* 32,34 pour BN et 34,34 pour TCA-NS, $p < 0,001$)
- La moyenne du nombre total de RC était plus élevée chez les patients atteints d'AM que les patients atteints de BN et de TCA-NS (75,40 vs 48,16 pour BN et 58,11 pour TCA-NS, $p < 0,001$)
- Le nombre de consultations précédant l'inclusion était en moyenne moins important chez les patients atteints de TCA-NS que les patients atteints d'AM ou de BN (9,63 vs 14,15 pour BN et 17,71 pour AM, $p < 0,001$)
- La durée de suivi avant inclusion pour TCA était moins longue chez les patients atteints de TCA-NS que les patients atteints d'AM ou de BN (moyenne 98,54 semaines vs 152,40 pour AM et 169,50 pour BN $p < 0,001$)

Le nombre total de consultations, le nombre de consultations avec un RC TCA, le nombre de consultations après inclusion, la durée de suivi total, la durée de suivi après inclusion, la durée de suivi pour TCA, la fréquence de consultations, le nombre de « TCA 100 % » ne différaient pas entre les groupes selon le type de TCA ($p>0,05$).

Sur l'ensemble du suivi, la prise en charge par le médecin pour des RC concomitants ne différait pas en termes de fréquence concernant l'anxiété, les troubles de la personnalité non psychotiques, les troubles digestifs, les troubles gynécologiques, les problèmes dentaires.

	A				B				C				Comparaison DEP/non DEP
	Patients TCA (n=1310)				Patients DEP (n=423)				Patients Non DEP (n=887)				p
N (% femmes)	1083 (82,67)				372 (87,94)				711 (80,16)				*<0,001*
	Moyenne	**Ecart-type**	**Médiane**	**Etendue**	**Moyenne**	**Ecart-type**	**Médiane**	**Etendue**	**Moyenne**	**Ecart-type**	**Médiane**	**Etendue**	**p**
Age de première prise en charge (années)	35,19	20,79	28,00	8-103	38,32	19,30	33,00	12-96	33,70	21,31	26,00	8-103	*<0,001*
Nb total de consultations	31,66	41,20	17,00	1-362	50,14	49,63	35,00	1-337	22,85	33,07	11,00	1-362	*<0,001*
Nb total de RC	62,34	127,7	24	1-1916	99,34	155,20	54	2-1916	44,73	107,90	15	1-1439	*<0,001*
Nb de consultations avec un RC TCA	2,97	6,64	1,00	1-132	3,75	6,63	1,00	1-71	2,60	6,62	1,00	1-132	*<0,001*
Durée de suivi total (semaines)	278,60	223,10	245,50	0-785	352,70	211,90	341,00	0-762	243,30	219,70	191,00	0-785	*<0,001*
Nb de consultations précédant l'inclusion	14,20	16,20	5,00	0-302	21,94	32,87	11,00	0-283	10,52	21,46	3,00	0-302	*<0,001*
Durée de suivi avant inclusion (semaines)	139,80	164	73,07	0-757	166,30	163,90	117,60	0-704	127,10	162,70	54,57	0-757	*<0,001*
Nb de consultations après l'inclusion	16,45	25,62	6,00	0-215	27,20	31,74	16,00	0-215	11,32	20,20	4,00	0-171	*<0,001*
Durée de suivi après inclusion (semaines)	138,90	156,60	86,00	0-735	186,50	165,20	145,00	0-700	116,20	146,90	56,00	0-735	*<0,001*
Durée de suivi pour TCA (semaines)	20,45	62,98	0,00	0-677	29,01	65,07	0,00	0-520	16,37	61,58	0	0-677	*<0,001*

Tableau 11: caractéristiques principales des patients TCA, à propos de l'échantillon total puis en fonction de la prise en charge pour DEP

	AM (n=545)				BN (n=346)				TCA-NS (n=419)				p global
N (% femmes)	407 (74,68)				314 (90,75)				362 (86,39)				*<0 ,001*
	Moyenne	**Ecart-type**	**Médiane**	**Etendue**	**Moyenne**	**Ecart-type**	**Médiane**	**Etendue**	**Moyenne**	**Ecart-type**	**Médiane**	**Etendue**	**p**
Age de première prise en charge (années)	37,88	24,87	27,00	8-103	32,34	14,22	30,00	8-97	34,34	18,17	28,00	9-97	*<0 ,001*
Nb total de consultations :	34,86	48,77	17,00	1-362	28,8	29,54	19,00	1-132	30,75	39,00	15,25	1-243	0,08
Nb total de RC	75,40	163,40	25,00	1-1916	48,16	63,77	27	1-558	58,11	108,40	20,25	1-1439	*<0 ,001*
Nb de consultations avec un RC TCA	2,888	5,786	1,00	1-71	2,327	3,137	1,00	1-32	3,565	8,31	1,00	1-132	0,07
Durée de suivi total en semaines (semaines)	280,70	222,70	264,00	0-785	302,5	227,3	275,5	0-775	256,43	217,23	215,25	0-762	0,08
Nb de consultations avant inclusion	17,71	33,26	6	0-302	14,15	18,76	7	0-107	9,63	19,8	2,5	0-192	*<0 ,001*
Durée de suivi avant inclusion (semaines)	152,40	161,40	104,70	0-697,40	169,50	178,10	115,60	0-756.7	98,54	147,56	33,54	0-684,3	*<0 ,001*
Nb de consultations après inclusion	16,14	26,31	6	0-215	13,64	18,16	5	0-118	19,53	29,64	8	0-165	0,09
Durée de suivi après inclusion (semaines)	128,4	146,1	76	0-638	133	144	88,5	0-647	158,45	178,25	97,5	0-735	0,06
Durée de suivi pour TCA (semaines)	14,36	40,32	0	0-445,70	16,19	45,21	0	0-295.9	31,78	91,78	0	0-677,1	0,07
N DEP (%)	150 (27,52)				139 (40,17)				134 (31,98)				*<0 ,001*

Tableau 12 : caractéristiques principales des patients TCA en fonction des types de TCA (AM, BN, TCA-NS)

4.4.1.2 Caractéristiques de la prise en charge pour TCA

Pour 879 patients sur 1310 (67,1 % de l'échantillon), la première consultation d'inclusion était la première caractérisation sur la vie de TCA par un professionnel de santé cotée N. (cf figure 3)

Le nombre de patients ayant pour la première fois une prise en charge pour TCA était plus petit chez les patients atteints de TCA-NS que les patients atteints d'AM ou de BN (61,33 % vs 71,79 % pour AM et 67,63 % pour BN, p<0,001).

Plusieurs profils de suivi pour TCA ont été décrits (cf chapitre méthode 4.3.4.2.3) :

- Profil A : pour 214 patients (16,3 %), la consultation d'inclusion était leur premier contact avec ce médecin
- Profil B : pour 105 patients (8,0 %), la consultation d'inclusion était leur dernier contact avec ce médecin
- Profil C : pour 897 patients (68,5 %), la consultation ou le contact était de type intermédiaire ou intégré, c'est-à-dire que la consultation d'inclusion était partie intégrante de leur suivi chez ce médecin
- Profil D : pour 94 patients (7,2 %), la consultation d'inclusion pour TCA était leur contact unique

Les profils de suivi pour TCA en fonction des types de TCA sont décrits plus loin.

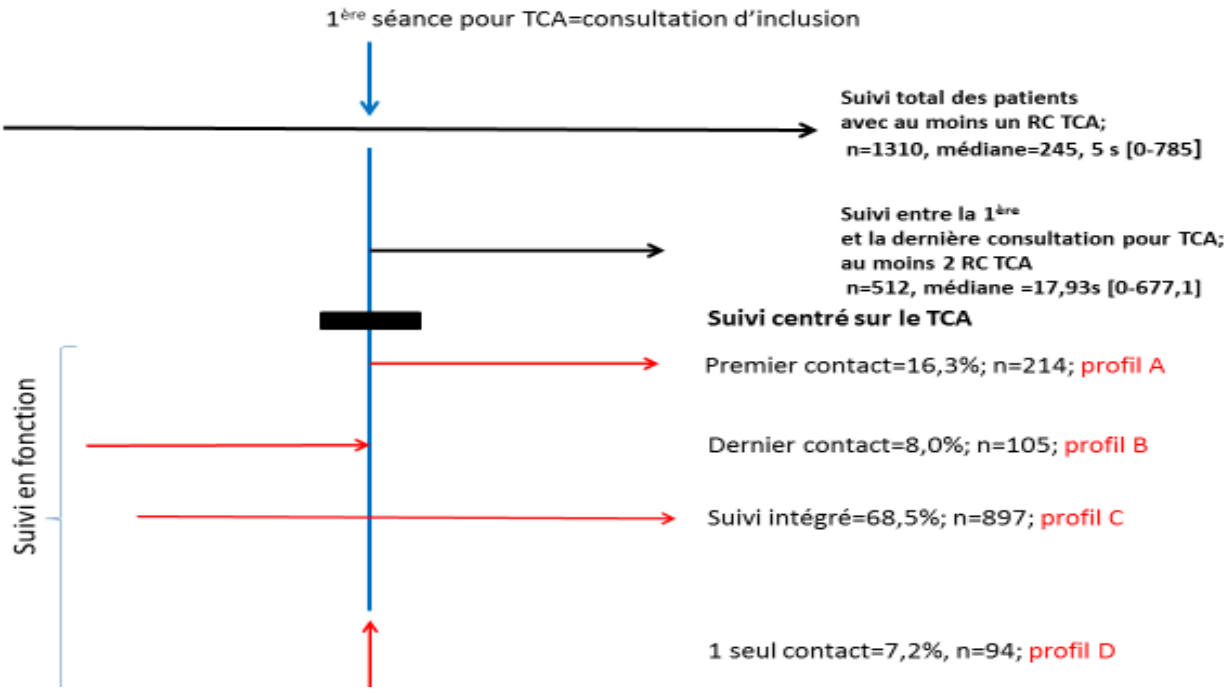


Figure 3: Profils de suivi pour TCA suivant la consultation d'inclusion

4.4.2 Comparaison des patients TCA avec ou non une prise en charge pour dépression/humeur dépressive

4.4.2.1 Caractérisation du suivi et des profils de TCA

Les données sont présentées dans le **tableau 11, colonnes B et C**. Parmi les 1310 patients, 32,3 % (n = 423) étaient « déprimés » (DEP), c'est à dire pris en charge au moins une fois dans leur suivi pour dépression/humeur dépressive (cf chapitre méthode). 104 avaient eu une consultation unique avec une DEP, 194 plus de 4 fois. 76,41 % d'entre eux avaient au moins 2 consultations pour DEP. 77,7 % étaient non DEP.

Chez les patients DEP, le nombre moyen de consultations était de 3,36 avec une durée moyenne de suivi de 106,2 semaines (médiane = 34 semaines).

Pour 264 patients (62,41 % des 423 patients DEP), la première consultation pour DEP était qualifiée comme la première caractérisation sur la vie pour DEP par un professionnel de santé. Les patients DEP étaient plus âgés (âge moyen : 38,32 *vs* 33,7, p < 0,001) et plus fréquemment des femmes (87,94 % *vs* 80,16 %, p < 0,001). Les patients DEP étaient moins nombreux à avoir un suivi centré TCA que les non DEP (TCA 100% :1,89 % *vs* 15,45 %, p < 0,001).

Les patients TCA et DEP étaient plus suivis que les non DEP (tableau 11, colonnes B et C) (p < 0,001)

- Nombre de consultations contenant un RC TCA (3,75 *vs* 2,60, p < 0,001)
- Durée de suivi totale en semaines (médiane : 341 *vs* 191 ; moyenne : 352,7 *vs* 243,3, p < 0,001)
- Nombre total de RC plus élevé (99,34 *vs* 44,73, p < 0,001)
- Nombre total de consultations chez les DEP plus élevé (50,14 *vs* 22,85 en moyenne, p < 0,001)

Avant inclusion, les patients DEP avaient un nombre de consultations (21,94 *vs* 10,52, p < 0,001), un suivi total en semaines (médiane : 117, 6 *vs* 54,57 semaines, p < 0,001) plus important que chez les patients non DEP.

Après inclusion, le suivi total était plus long chez les patients DEP que les patients non DEP (médiane : 145 *vs* 56 semaines, p < 0,001).

La durée de suivi pour TCA était également plus long pour les patients DEP (moyenne : 29,01 *vs* 16,37 semaines, p < 0,001). (cf figure 4)

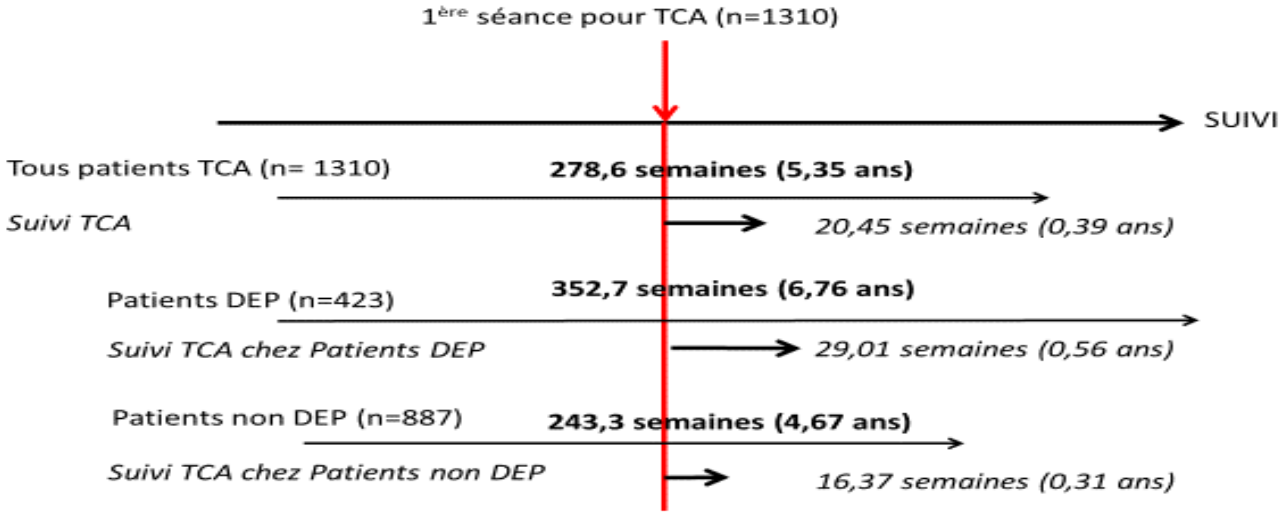


Figure 4 : Durée des suivis selon le statut DEP ou non DEP (moyennes)

Comparés aux patients non DEP, les patients DEP présentaient

- Une fréquence des suivis de plus de 4 consultations pour TCA plus élevée (19,62 % *vs* 9,58 %, p = 0,04),
- Pas plus de nouveaux diagnostics de TCA (65,72 % *vs* 67,76%, p = 0,3),
- Un nombre de personnes qui consultaient uniquement pour TCA moins élevé (1,89 % *vs* 15,45 %, p<0,001).

Ces éléments étaient en faveur d'un suivi plus long, avec des consultations plus fréquentes chez les patients DEP que non DEP.

Sur l'ensemble du suivi, les patients DEP avaient eu plus fréquemment une prise en charge au moins une fois pour anxiété (7,33 % *vs* 5,07 %, p = 0,04) que les patients non DEP. Il n'y avait en revanche aucune différence pour la fréquence de prise en charge pour les troubles digestifs, gynécologiques, les douleurs, les troubles de la personnalité. La personne ayant consulté pour troubles dentaires était non DEP.

Concernant les types de TCA, les patients DEP étaient plus nombreux chez les patients atteints de BN (40,17 % vs 31,98 % pour TCA-NS et 27,52 % pour AM, p<0,001). **(Cf tableau 12)**

Les patients ayant une nouvelle prise en charge pour DEP étaient plus nombreux chez les patients atteints de BN (26,30 % vs 19,33 % pour TCA-NS et 16,88 % pour AM, p = 0,03 pour la comparaison globale) avec une fréquence de suivi de plus de 4 consultations plus élevée (18,21 % vs 14,55 % pour TCA-NS et 12,84 % pour AM, p = 0,04), mais avec une durée de suivi pour DEP identique.

4.4.2.2 Prescription médicamenteuse

4.4.2.2.1 Concernant les médicaments psychoanaleptiques

Nous avons pu extraire les données médicamenteuses psychoanaleptiques avant et après inclusion des 1310 patients TCA. Nous avons comparé cette prescription médicamenteuse concernant les psychoanaleptiques (classification ATC) entre les patients TCA DEP et les patients TCA non DEP. 18,4 % des patients TCA avaient eu au moins une fois une prescription d'antidépresseurs dans leur suivi.

Les patients TCA DEP avaient plus fréquemment une prescription d'antidépresseurs que ceux non DEP (34,3 % *vs* 10,8 % ; p < 0,001). (cf tableau 13)

Concernant les types de TCA, il n'y avait pas de différence de fréquence de prescription d'AD entre l'AM, la BN et les TCA-NS.

Tableau 13 comparaison de prescription d'antidépresseurs (AD) entre les patients TCA DEP et non DEP

N (%)	**AD OUI**	**Pas d'AD**	
Patients TCA DEP	145 (34,3)	278 (65,7)	423
Patients TCA non DEP	96 (10,8)	791 (89,2)	887
total	241 (18,4)	1069 (81,6)	1310
p	*<0,001*		

4.4.2.2.2 Concernant les autres médicaments

Les données de prescription médicamenteuse sont résumées dans le tableau 14. Les données présentées concernent

- L'ensemble de l'échantillon disponible (n=546)
- Les patients de plus de 18 ans (n=433) pour comparer à la littérature existante sur le sujet
- Les patients DEP (n=207)
- Les patients non DEP (n=339)

Les médicaments contre les troubles de l'acidité ont été prescrits au moins une fois pour

- 13,2 % de l'ensemble de l'échantillon dont 40,27 % des inhibiteurs de la pompe à protons
- 15,7 % des patients de plus de 18 ans
- 19,3 % des patients DEP

Les médicaments anxiolytiques ont été prescrits au moins une fois pour

- 43,1 % de l'échantillon, dont 50% de benzodiazépines (22,3% de l'échantillon total)
- 47,3 % des patients de plus de 18 ans dont 51,7% de benzodiazépines (24,5% de l'échantillon total)
- 73,9 % des patients DEP

Des médicaments laxatifs ont été prescrits pour 11,6 % à 5,6 % des patients, respectivement pour les patients DEP et non DEP.

Des médicaments diurétiques ont été prescrits pour 1 % des patients.

Des médicaments antispasmodiques ont été prescrits pour 7,4 à 10,1 % des patients, respectivement non DEP et DEP. Les médicaments contre la dépendance tabagique, alcoolique ou aux opioïdes étaient prescrits dans 2,1 à 3,0 % des patients selon les 4 populations étudiées.

Pour l'ensemble des médicaments prescrits, il n'y avait pas de différence statistiquement significative de fréquence de prescription entre les différents types de TCA (données non présentées ici).

.

Tableau 14 : prescription médicamenteuse des patients TCA (n=546)

	Conso MED (n=546)	Conso MED >18 ans (n=433)	Conso MED DEP (n=207)	Conso MED Non DEP (n=339)
Troubles acidité (%)	**72 (13,2)**	**68 (15,7)**	**40 (19,3)**	**32 (9,4)**
Anti Acides	13 (2,4)	11 (2,5)	7 (3,3)	6 (1,7)
Anti Ulcère Reflux	38 (6,9)	36 (8,3)	19 (9,2)	19 (5,6)
IPP	*29 (5,3)*	*28 (6,5)*	*14 (6,8)*	*15 (4,4)*
Anti H2	*7 (1,2)*	*6 (1,4)*	*4 (1,9)*	*3 (0,9)*
Autres antiulcéreux	*2 (0,4)*	*2 (0,4)*	*1 (0,5)*	*1 (0,3)*
Autres anti acides	21 (3,9)	21 (4,9)	14 (6,8)	7 (2,1)
Anxiolytiques	**235 (43,1)**	**205 (47,3)**	**153 (73,9)**	**82 (24,2)**
Benzodiazépines	122 (22,3)	106 (24,5)	80 (38,6)	42 (12,4)
Hypnotiques	68 (12,4)	61 (14,1)	42 (20,3)	26 (7,6)
Autres	45 (8,4)	38 (8,7)	31 (15)	14 (4,2)
Laxatifs	**43 (7,9)**	**38 (8,7)**	**24 (11,6)**	**19 (5,6)**
Diurétiques	**5 (0,9)**	**5 (0,9)**	**3 (1,4)**	**2 (0,6)**
Antispasmodiques	**46 (8,4)**	**36 (8,3)**	**21 (10,1)**	**25 (7,4)**
Anticholinergiques	16 (2,9)	12 (2,8)	7 (3,4)	9 (2,7)
Stimulants motricité	5 (0,9)	3 (0,7)	2 (1,0)	3 (0,9)
Autres	25 (4,6)	21 (4,8)	12 (5,7)	13 (1,8)
Antitoxiques	**13 (2,45)**	**13 (3,0)**	**6 (2,9)**	**7 (2,1)**
Anti tabac	4 (0,7)	4 (0,9)	2 (1,0)	2 (0,6)
Anti alcool	2 (0,35)	2 (0,5)	1 (0,5)	1 (0,3)
Anti opioïdes	7 (1,4)	7 (1,6)	3 (1,4)	4 (1,2)

4.4.3 Étude de la temporalité TCA et DEP

4 profils de suivi de patients TCA avec une prise en charge au moins une fois pour DEP ont été identifiés (n=423) (cf Figure 5)

Il n'y avait pas de différence significative de profils de suivi pour DEP selon les types de TCA. (p=0,08)

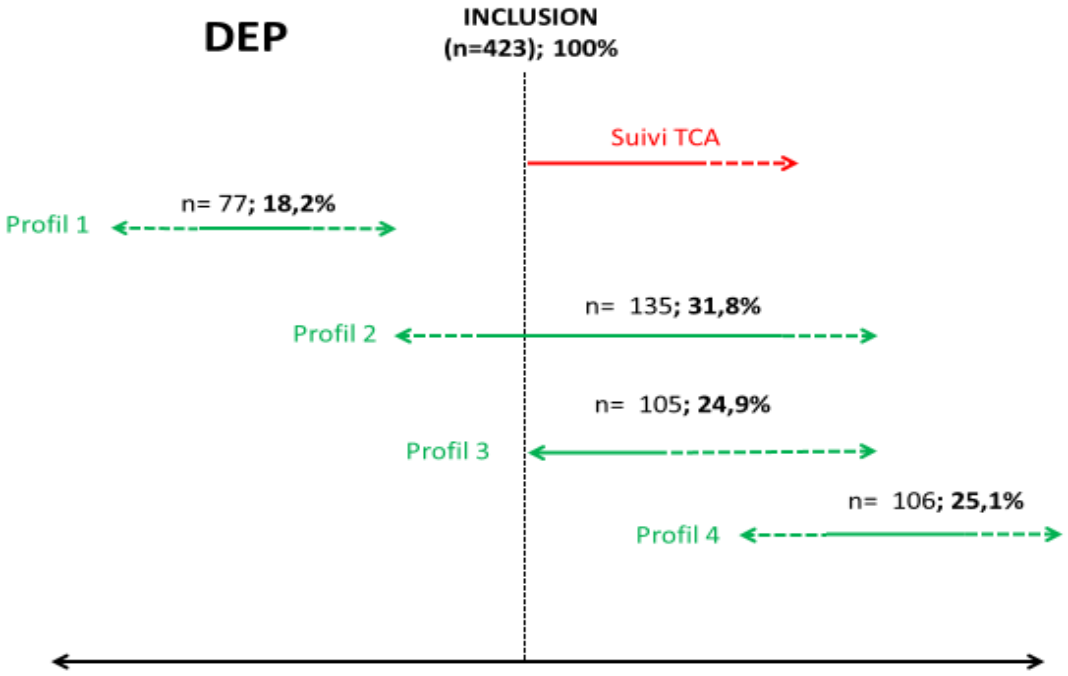


Figure 5: profil de suivi pour dépression chez les patients ayant un RC TCA

Profil 1 = suivi pour DEP exclusivement antérieur au suivi pour TCA (n=77)

Profil 2 = suivi pour DEP débutant avant le suivi pour TCA puis concomitant (n=135)

Profil 3 = suivi pour DEP débutant avec le suivi pour TCA ou juste après et concomitant (n=105)

Profil 4 = suivi pour DEP débutant exclusivement après le suivi pour TCA (n=106)

4.4.3.1 Profils de dépression en fonction des profils de suivi pour TCA

Les patients DEP avaient moins fréquemment un profil d'inclusion A, B ou D que les non DEP (11,58 % *vs* 18,6 %, p<0,01), (4,02 % *vs* 9,92 %), (0,95 *vs* 10,15), et plus fréquemment un profil C de suivi (83,45 *vs* 61,33, p<0,001). Les patients pris en charge pour DEP avaient plus fréquemment un diagnostic d'anxiété associé que les non DEP (7,33 % *vs* 5,07 %, p=0,0009).

Concernant les profils de suivi pour DEP en fonction du profil de suivi pour TCA, le tableau 15 montre que le profil C était plus fréquemment associé à un profil de DEP que les autres profils de suivi de TCA (39,4 % pour le profil C ; 22,9 % pour le profil A ; 16,2 % pour le profil B ; 4,3 % pour le profil D ; p<0,001). Les patients DEP avaient donc plus fréquemment un suivi intégré que pour les autres profils de suivi. 200 patients TCA dans le profil C de suivi intégré, soit 56,6 % d'entre eux avaient un profil 1 ou 2 de suivi pour DEP, c'est-à-dire antérieur ou débutant antérieurement à la consultation d'inclusion.

Tableau 15 : profils de suivi pour DEP en fonction des profils de suivi pour TCA

TCA (n=1310) / DEP (n=423)	Profil A (n=214) (16,3%)	Profil B (n=105) (8,0%)	Profil C (n=897) (68,5%)	Profil D (n=94) (7,2%)
Profil 1 (n=77)	NA	6 (5,7%)	71 (7,9%)	NA
Profil 2 (n=135)	NA	6 (5,7%)	129 (14,4%)	NA
Profil 3 (n=105)	27 (12,6%)	5 (4,8%)	69 (7,7%)	4 (4,3%)
Profil 4 (n=106)	22 (10,3%)	NA	84 (9,4%)	NA
NON DEP (n=887)	165 (77,1%)	88 (83,8%)	544 (60,6%)	90 (95,7%)

Profil A : consultation (cs) pour TCA = première consultation

Profil B : cs pour TCA = dernière consultation

Profil C : cs pour TCA = suivi intégré

Profil D : cs pour TCA = contact unique

Profil 1 = DEP antérieur au TCA

Profil 2 = DEP débutant avant puis concomitant au TCA

Profil 3 = DEP débutant avec et concomitant au TCA

Profil 4 = DEP postérieur au TCA

4.4.3.2 Description du profil C et répartition temporelle des patients TCA et DEP

Le profil C correspondait à une prise en charge régulière par le médecin, c'est-à-dire que les patients étaient connus de ce médecin. Pour ce profil, comparé aux trois autres profils

- L'âge moyen et médian (moyenne : 37,3 *vs* 35,19 ; médiane : 31 *vs* 28, p<0,001)
- Le nombre total moyen de consultations, (83,15 *vs* 62,34, p<0,001)
- Le nombre moyen de consultations avant (19,67 *vs* 14,2) et après inclusion (21,32 *vs* 16,45, p<0,001)
- La durée de suivi moyen total (356,63 *vs* 278,6) et pour TCA (24,24 *vs* 20,45, p<0,001) en semaines
- Le nombre moyen total de consultations pour DEP, avant et après l'inclusion

Etaient plus élevés que pour l'ensemble de l'échantillon et que pour les autres profils.

Le nombre de consultations pour TCA (3,2 *vs* 2,97, p = 0,8), la durée de suivi pour DEP en semaines n'étaient pas statistiquement différents de l'ensemble de l'échantillon.

Il y avait plus de nouveaux diagnostics de TCA et de DEP que pour l'ensemble de l'échantillon et pour les autres types de profil.

Concernant les types de TCA, le profil C était plus fréquemment présent chez les patients atteints d'AM ou de BN que les patients atteints de TCA-NS (69,36 % ou 71,39 % vs 64,55 %, p = 0,04) et le profil A, c'est-à-dire un premier contact avec le médecin, moins fréquemment présent (14,31 % ou 14,16 % vs 20,55 %, p = 0,04).

4.4.3.2.1 Répartition temporelle des patients TCA et DEP diagnostiqués pour la première fois

En reprenant les 7 catégories temporelles décrites dans la méthode pour le profil C, soit 353 patients DEP du profil C (somme des profils 1 à 4 de DEP), L'hypothèse selon laquelle la prise en charge pour DEP précédait la prise en charge du TCA n'était pas confirmée. En effet, 31,2 % des patients étaient pris en charge pour DEP avant l'inclusion pour TCA, 12,8 % de façon concomitante à celle du TCA et 56,0 % après inclusion pour TCA (p = 0,6 , X2 global).(cf figure 6). Le diagnostic avait plutôt lieu au-delà de 6 mois du diagnostic pour TCA.

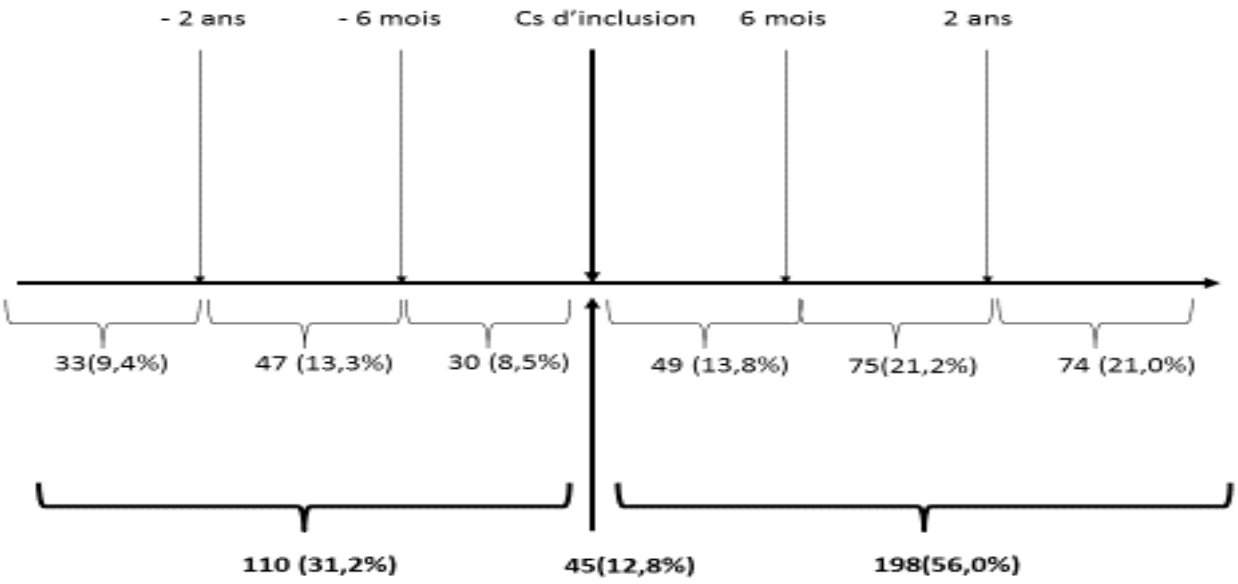


Figure 6: répartition temporelle des patients DEP en fonction de la consultation d'inclusion pour TCA

De la même façon, la prise en charge pour DEP n'était pas plus fréquemment postérieure à la prise en charge pour TCA (p = 0,5 ; X2 global).

4.4.3.2.2 Répartition temporelle des patients TCA et DEP diagnostiqués pour la première fois pour le profil C en fonction des types de TCA

Concernant les types de TCA, les hypothèses selon lesquelles la prise en charge pour DEP précédait ou était postérieure à la prise en charge du TCA n'étaient pas confirmées non plus (figures 7,8,9). En revanche les patients atteints de BN étaient moins pris en charge pour DEP avant la prise en charge pour TCA que les patients atteints d'AM ou de TCA-NS (p = 0,0014 ; X2 global).

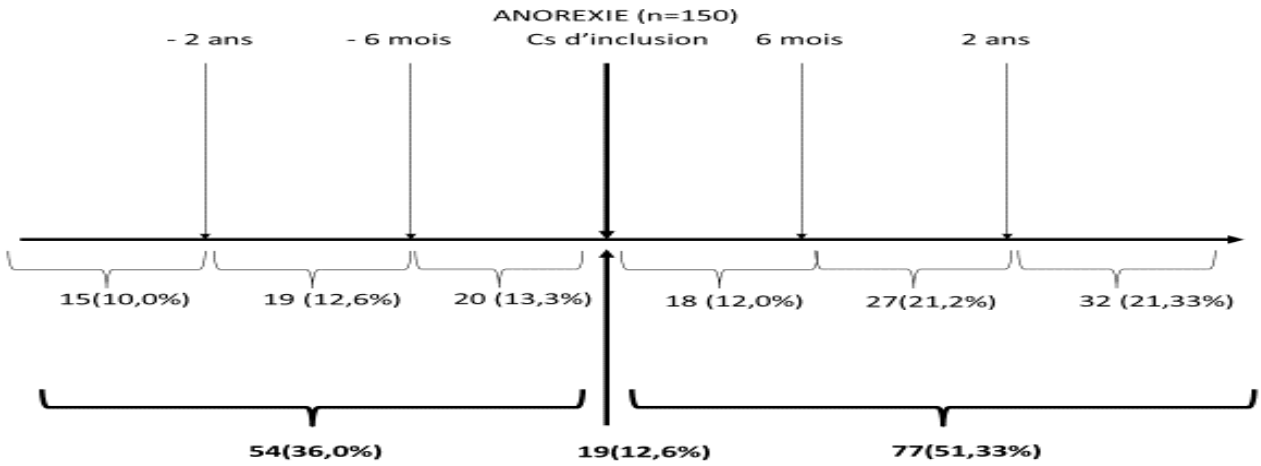


Figure 7: répartition temporelle des patients DEP en fonction de la consultation d'inclusion pour AM (n=150)

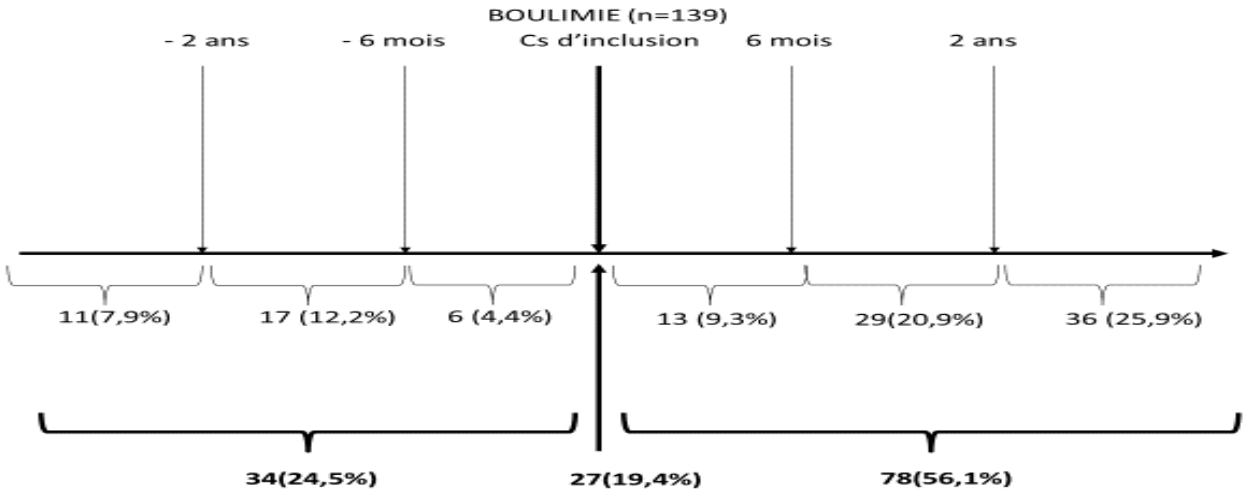


Figure 8 : répartition temporelle des patients DEP en fonction de la consultation d'inclusion pour BN (n=139)

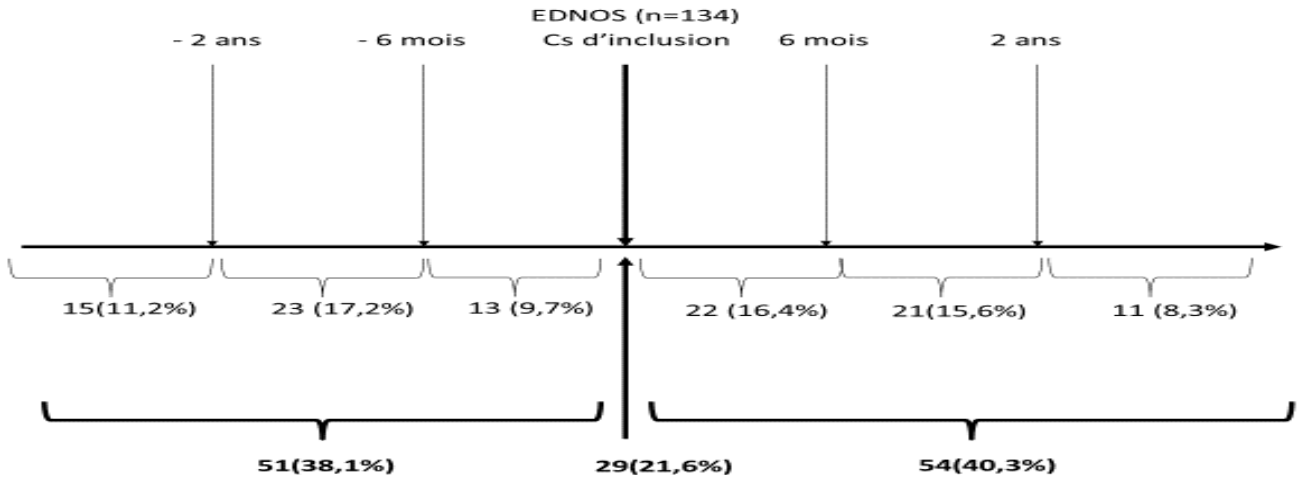


Figure 9 : répartition temporelle des patients DEP en fonction de la consultation d'inclusion pour TCA-NS (n=134)

4.4.3.3 Description spécifique des patients ayant une première caractérisation sur la vie pour TCA

4.4.3.3.1 Caractéristiques principales

879 patients étaient caractérisés TCA pour la première fois de leur vie (soit 67,1 % de l'échantillon). En les comparant à ceux déjà pris en charge au moins une fois dans la vie pour TCA

- Il n'y avait pas de différence statistiquement significative d'âge et de genre, de durée de suivi avant et après l'inclusion, du nombre de consultations avant et après, de comorbidités autres que la DEP (p>0,05)
- Le nombre total de résultats de consultations était plus élevé (65,34 *vs* 56,29, p = 0,04)
- Il y avait moins de consultations pour TCA (p<0,001) pour un nombre total de consultations non différent
- Leur suivi total était plus long (moyenne : 297,4 *vs* 240,3 semaines, p = 0,04) mais leur suivi spécifique pour TCA était moins long (p = 0,01).
- Ils avaient moins fréquemment plus de 4 consultations pour TCA (p < 0,001)
- Ils avaient un profil C (suivi intégré) de suivi plus fréquent (73,04 % vs 59,16 %, p < 0,001)

4.4.3.3.2 Comorbidité avec la DEP

Pour les patients pris en charge pour la première fois pour TCA par rapport à ceux déjà pris en charge pour TCA,

- Le nombre de patients DEP, la durée de suivi pour DEP, le nombre de consultations pour DEP avant inclusion ne différaient pas (p = 0,8 ; p = 0,7 ; p = 0,7))
- Plus de prise en charge pour la première fois pour DEP (23,32 % *vs* 13,69 %, p = 0,04)
- Moins de consultations à propos de la DEP (3,0 *vs* 3,9, p = 0,04)
- Moins de consultations pour DEP après inclusion (1,8 *vs* 2,538, p = 0,04)

En résumé les personnes prises en charge pour la première fois pour TCA par rapport aux personnes déjà prises en charge pour TCA

- Avaient plus fréquemment une première prise en charge pour DEP
- Avec une durée de suivi total plus longue
- Mais une durée plus courte pour TCA et ne différant pas pour DEP
- N'avaient pas de différence sur le nombre de séances pour DEP avant inclusion mais moindre après inclusion
- Avec plus de séances à propos d'autres motifs que les TCA ou DEP, avant et après inclusion

Le profil C (suivi intégré) était plus fréquemment présent chez les patients caractérisés pour la première fois.

Concernant les types de TCA, des résultats du même type que pour l'ensemble de l'échantillon étaient retrouvés. Les personnes prises en charge pour la première fois soit pour l'AM, soit pour la BN, soit pour les TCA-NS par rapport aux personnes déjà prises en charge pour ces TCA

- Avaient plus fréquemment une première prise en charge pour DEP
- Avec une durée de suivi total plus longue
- Mais une durée plus courte pour TCA et identique pour DEP
- Un nombre non différent de séances pour DEP avant inclusion mais moindre après inclusion
- Avec plus de séances à propos d'autres motifs que les TCA ou DEP, avant et après inclusion

4.5 Discussion

4.5.1 Synthèse des résultats principaux : des patients âgés et déprimés

4.5.1.1 Caractéristiques des patients atteints de TCA

1310 patients (sur 350 000 patients suivis) avaient eu au moins une prise en charge pour TCA par des MG de l'OMG. Les patients atteints de TCA étaient majoritairement des femmes, avec un peu plus de 8 femmes atteintes pour 2 hommes. Leur médiane d'âge de première prise en charge était de 28 ans et leur moyenne d'âge de 35,19 ans. Sur une durée médiane de suivi de 5,35 ans, ils avaient 35,19 consultations avec le MG en moyenne. 2,97 consultations en moyenne contenaient un RC pour TCA sur une durée moyenne de suivi de TCA de 20,45 semaines.

60,9 % des patients ont eu une seule consultation avec un RC TCA. 39,1 % ont eu plus de 2 consultations pour TCA, considéré comme une amorce de suivi pour TCA.

40,6 % des patients avaient eu un RC concernant l'AM, 26,4 % la BN, 32% les TCA-NS. Les patients AM étaient par rapport aux autres types de TCA :

- plus fréquemment des hommes (rapport F/H : 7,5/2,5 pour AM, 9/1 pour BN, 8,5/1,5 pour TCA-NS)
- plus âgés (37,88 ans en moyenne pour AM, 32,34 pour BN, 34,34 pour TCA-NS)
- avec plus de RC tous motifs confondus que les autres types de TCA, c'est-à-dire plus d'autres pathologies évoquées lors des consultations mais avec une durée de suivi pour TCA et totale ne différant pas des autres types.

Les patients diagnostiqués TCA-NS étaient par rapport aux autres types de TCA suivis moins longtemps, avec un nombre de consultations avant inclusion plus faible.

67,1 % des 1310 patients avaient une première prise en charge pour TCA. Cette première prise en charge était plus fréquente chez les patients atteints d'AM et de BN que chez ceux atteints de TCA-NS. Sur l'ensemble du suivi, la prise en charge par le MG pour des RC concomitants était peu fréquente, concernant l'anxiété, les troubles de la personnalité non psychotiques, les troubles digestifs, les troubles gynécologiques, les problèmes dentaires. Il n'y avait pas de différence entre les types de TCA

4.5.1.2 Profils de suivi des patients atteints de TCA

68,5 % des patients atteints de TCA avaient un profil de suivi intégré (profil C). Pour 16,3 % d'entre eux, la première consultation avec le MG contenait un RC TCA. Les patients atteints de TCA-NS avaient une prise en charge pour TCA plus fréquente lors de la première consultation avec le MG que les autres types de TCA et moins fréquemment de suivi intégré.

Les patients avec une première prise en charge pour TCA avaient plus fréquemment un profil C de suivi par le MG que ceux n'étant pas pris en charge pour la première fois de leur vie.

4.5.1.3 Prise en charge de la dépression chez les patients atteints de TCA

32,3 % des patients atteints de TCA avaient eu au moins une fois une prise en charge pour dépression, dont 62,41 % pour la première fois. Les patients DEP étaient plus âgés que les non DEP (âge moyen : 38,32 vs 33,7 ans) et plus fréquemment des femmes (87,94 % vs 80,16 %). Ils étaient aussi plus suivis que les patients TCA non DEP et plus souvent pris en charge pour anxiété.

La fréquence des nouveaux diagnostics de TCA n'était pas différente chez les patients DEP et les patients non DEP.

Concernant les types de TCA, les patients DEP étaient plus nombreux chez les patients atteints de BN (40,17 % vs 31,98 % pour TCA-NS et 27,52 % pour AM). Les patients atteints de BN avaient eu plus fréquemment une nouvelle prise en charge pour DEP.

4.5.1.4 Prescription médicamenteuse

18,4 % des patients TCA ont eu au moins une fois une prescription d'antidépresseurs dans leur suivi. Les patients TCA DEP ont eu plus fréquemment une prescription d'antidépresseurs que les patients TCA non DEP (34,3 % vs 10,8 %). Concernant les types de TCA, il n'y avait pas de différence de fréquence de prescription d'AD entre l'AM, la BN et les TCA-NS.

Pour 546 patients ayant des données médicamenteuses disponibles, les médicaments contre les troubles de l'acidité ont été prescrits au moins une fois pour 13,2 % de l'ensemble de l'échantillon dont 40,27 % des IPP. Les médicaments anxiolytiques ont été prescrits au moins une fois pour 43,1 % de l'échantillon, dont 50 % de benzodiazépines et pour 73,9 % des patients TCA et DEP. Pour l'ensemble des médicaments prescrits, il n'y avait pas de différence de fréquence de prescription entre les différents types de TCA.

4.5.1.5 Etude de la temporalité entre prise en charge pour TCA et prise en charge pour dépression

4 profils de suivi de patients DEP ayant des TCA ont été étudiés. Le profil le plus fréquent était un profil de suivi pour DEP débutant avant le suivi pour TCA puis concomitant (31,8 % des patients DEP), suivi du profil 4, c'est-à-dire un suivi pour DEP débutant exclusivement après le suivi pour TCA (25,1 % des patients DEP). Il y avait plus fréquemment de patients DEP ayant un suivi intégré (profil C de TCA) que pour les autres profils de suivi.

L'hypothèse selon laquelle la prise en charge pour DEP précédait la prise en charge du TCA n'était pas confirmée. 12,8 % des prises en charge pour DEP étaient concomitantes à celles du TCA et 56,0 % étaient postérieures. Il n'y avait pas de différence significative pour les profils de suivi pour DEP entre les types de TCA.
La prise en charge pour DEP n'était significativement pas plus fréquemment postérieure à la prise en charge pour TCA (p = 0,5 ; X2 global). Les patients atteints de BN étaient moins pris en charge pour DEP avant la prise en charge pour TCA que les patients atteints d'AM ou de TCA-NS (p = 0,0014; X2 global).
Les patients pris en charge pour la première fois pour TCA comparés aux personnes déjà prises en charge pour TCA avaient plus fréquemment une première prise en charge pour DEP avec une durée de suivi total plus longue.

4.5.2 Comparaison avec la littérature : des caractéristiques spécifiques aux soins primaires ?

4.5.2.1 Prévalence des TCA en SP

Seuls 0,3% des patients présents dans l'OMG étaient concernés par le RC TCA. La proportion réduite de cet échantillon reflète que le diagnostic de TCA est peu présent lors des consultations de MG de l'OMG. Notons que ce chiffre n'est pas une prévalence des TCA puisqu'il s'agissait de fréquence de prise en charge et non pas de fréquence de diagnostic, non disponible pour notre étude. Cette faible fréquence concorde avec les études récentes d'incidence et de prévalence réalisées dans un contexte de SP. Une étude Finlandaise retrouvait une prévalence d'AM de 1 à 4 %, de BN de 1 à 2 %, de 2 à 3 % de TCA-NS[113], confirmant une prévalence différente à celle observée en population générale qui est plutôt de 6 %. Les hypothèses dans la littérature par rapport à ce hiatus de prévalence sont : la sous détection des TCA par les MG, car ils se sentent peu concernés, l'absence réelle de ces patients en SP par non consultation, la difficulté de caractériser ces troubles à un stade précoce.

L'étude la plus récente de Micali retrouvait les mêmes chiffres de prévalence, stable depuis 10 ans hormis pour les TCA-NS augmentant dans la population de SP[114]. Les MG détectaient probablement ce dernier type plus fréquemment parce que la catégorie TCA -NS n'existe en tant que telle que depuis le DSM IV-TR, et qu'il a fallu attendre le DSM-V pour en faire une entité syndromique à part entière. Néanmoins certains auteurs expliquent que ce type de TCA reste sous-estimé dans un contexte de SP, car il représente plus de 50 % des patients atteints de TCA en population générale[6]. Notre étude retrouvait 32 % de patients atteints de TCA-NS, c'est-à-dire moins qu'attendu.
On peut émettre l'hypothèse que les MG mettent du temps à caractériser ces TCA-NS. Les TCA-NS sont en effet peu spécifiques. Les MG voyaient probablement des patients ayant des formes subsyndromiques mais ne les relevaient pas comme TCA-NS.

4.5.2.2 Age et genre des patients atteints de TCA

L'âge des patients de notre échantillon était concordant avec la littérature en SP[115]. Ils étaient dans leur trentaine, quel que soit le type de TCA. Cet âge reflète une population en SP différente de celle hospitalisée en psychiatrie, souvent pendant leur période d'adolescence, en particulier pour l'AM. Les TCA-NS seraient plus fréquents chez les femmes âgées de 30 à 50 ans que les autres types de TCA[115]. Ceci n'était pas retrouvé dans notre étude.

251 femmes dans notre échantillon avaient plus de 50 ans. Ce résultat est très différent des descriptions habituelles des patients atteints de TCA, même si quelques études dans un contexte de population générale retrouvaient les mêmes catégories d'âge[116-117].

Notre étude retrouvait aussi plus d'hommes que prévu par la littérature (2 hommes pour 8 femmes)[114].

4.5.2.3 Suivi des patients atteints de TCA

39,1 % des patients atteints de TCA avaient au moins deux consultations pour RCA TCA, suggérant une amorce de suivi. La littérature récente en SP suggère que seul un tiers des patients diagnostiqués en SP sont effectivement traités pour des TCA[113]. Si on émet l'hypothèse que seuls les patients suivis régulièrement bénéficient à un traitement spécifique, nos résultats concordaient avec la littérature.

4.5.2.4 Dépression et prescription médicamenteuse des patients atteints de TCA

Un tiers de nos patients avaient eu moins une fois une prise en charge pour DEP dans leur suivi par le MG. Ceci était concordant avec la littérature en SP, dans laquelle 40% des patients atteints de TCA avaient des troubles anxio dépressifs [113]. Ceci représente aussi 3 à 6 fois plus de patients déprimés que la population générale en France[118]. Le syndrome dépressif est connu pour être une comorbidité importante des TCA dans notre étude. La prise en charge pour DEP ne précédait pas la prise en charge pour TCA. La littérature à ce sujet est très hétérogène et aucune étude n'a pu trancher sur la temporalité d'apparition et de prise en charge, quel que soit le contexte (SP, soins secondaires, milieu hospitalier). La plupart des chercheurs incluant des patients hospitalisés en psychiatrie émettent l'hypothèse que la prise en charge pour dépression précède celle pour TCA[52]. Dans notre étude aucun profil de prise en charge pour DEP (profil 1,2,3 ou 4) ne se démarquait des autres profils par rapport à la consultation d'inclusion.

Mais il semblait que les patients DEP TCA étaient plus suivis et que surtout ils avaient plus de première prise en charge pour TCA ou DEP. Il semble que le codiagnostic survenait dans un suivi de durée longue des patients atteints de TCA. Certaines études suggèrent d'explorer les TCA chez les patients déprimés car ils sont plus fréquents que dans la population générale[99]. En SP l'important serait plus la coexistence de ces deux pathologies que la relation de cause à effet entre les deux ou leur temporalité. Cette coexistence peut s'exprimer par le fait qu'une des deux des pathologies donneraient l'alerte au MG pour rechercher l'autre. Les patients atteints de BN avaient plus souvent une prise en charge pour DEP et de nouvelle prise en charge pour DEP que les autres TCA. Ils avaient aussi un suivi plus spécifique du TCA que l'AM, c'est à dire moins d'autres RC (anxiété, troubles digestifs, troubles

gynécologiques,…) dans notre étude. Ceci peut s'expliquer par une approche du MG des patients atteints de BN plus en lien avec la dépression, ce qui est retrouvé dans la littérature anglosaxonne [77-78]. Les MG auraient donc tendance à prendre en charge plus les symptômes dépressifs des patients boulimiques que les symptômes alimentaires, car ces patients ont souvent un IMC normal. Cet IMC normal diminuait l'attention du médecin sur les symptômes alimentaires.
Dans notre étude, 18,4 % patients atteints de TCA avaient eu au moins une fois une prescription d'AD, et 2 fois plus souvent quand ils avaient eu au moins un RC DEP. Cette proportion plus importante de prescription d'AD pour des patients déprimés est logique. Mais 75 % des patients TCA et DEP de plus de 18 ans dans notre étude avaient eu au moins une fois une prescription de benzodiazépines dans cas (43,1 % pour l'ensemble des patients atteints de TCA). Ceci est presque 5 fois supérieur aux chiffres d'une étude réalisée sur la même base de données. Celle-ci retrouvait que 12,5 % des patients de cette base de plus de 18 ans avaient eu au moins une fois une prescription de benzodiazépines, majoritairement dans le cadre d'un trouble anxiodépressif[119]. Les patients TCA se voient donc prescrire beacoup plus d'AD que les patients tout venants de la même base.

4.5.3 Forces et faiblesses de l'étude

A notre connaissance, il s'agit de la seule étude de cohorte réalisée en France en MG s'intéressant aux patients atteints de TCA. La prise en charge en MG n'avait pas encore été étudiée. Seul le dépistage a déjà été évoqué dans littérature (cf partie revue de la littérature).
Premièrement l'OMG est un recueil de données en routine utilisant le DRC, qui est avant tout un outil clinique. Il est aussi utilisé à des fins de recherche. Les RC sont issus de concepts permettant aux MG de créer des dossiers médicaux détaillés dans le but d'un suivi à long terme des patients avec une description précise des diagnostics effectués lors de la consultation. Ils sont notés quand le MG considère que la pathologie concernée a été évoquée en consultation. Un patient peut donc déjà être atteint d'une pathologie sans qu'un RC soit noté dans le cas où il ne s'agit pas d'une prise en charge selon le MG ce jour-là. Les pathologies ainsi notées par le MG sont en lien avec ce qu'il observe et non un critère centré sur le patient. Ceci entraine donc un risque de sous recensement des comorbidités d'un patient (biais de classement). De plus une prise en charge peut avoir été effectuée sans être renseignée dans le dossier (défaut de remplissage des dossiers médicaux). Ce phénomène est probablement plus important dans les recueils de données en routine que dans ceux réalisés spécifiquement dans le cadre d'un protocole de recherche.

Deuxièmement Ces chiffres de prise en charge ne sont pas une prévalence en effet il s'agissait de RC et non pas de diagnostics réels centrés sur les patients. Mais nous avons choisi de prendre en compte la validité des critères des RC dans le cadre des diagnostics.

Troisièmement la temporalité étudiée est celle des prises en charge et non celle de survenue réelle des pathologies, ne permettant pas de donner d'information sur l'histoire naturelle de la coexistence de ces troubles. D'autant que les patients ont été sélectionnés par le TCA – les patients DEP non TCA n'ont

donc pas été étudiés. Néanmoins ce travail fourni des données importantes et non connus jusque-là sur les TCA et leur prise en charge en MG.
D'abord notre étude est concordante avec la littérature concernant l'âge moyen des patients atteints de TCA en SP, la fréquence de survenue de la dépression chez des patients atteints de TCA. Ensuite ces données de prescription médicamenteuse, même si elles étaient incomplètes ont permis d'illustrer les tendances observées par l'analyse des RC associés aux TCA. Le critère « N » des RC a lui permis de centrer l'analyse sur le parcours de soin du patient et pas seulement sur les données issues des consultations du MG. La robustesse de ce critère a été décrite par la SFMG mais des travaux supplémentaires sont nécessaires[97].

Quatrièmement le nombre élevé de patients ayant eu un seul RC « TCA » (60,9 % de l'échantillon) pourrait aussi être considéré comme une limite puisque limitant l'étude du suivi de ces patients. D'autant que le nombre de cas était déjà peu faible dans l'OMG (n=1310). D'abord ce faible suivi a eu pour conséquence une absence de normalité de distribution de nombreuses variables. Les durées de suivi étaient souvent en lien avec une consultation unique et l'étude de la temporalité était donc complexe. C'est pour cela que nous avons construit des variables de suivi spécifiques et des profils de suivi. Mais ces données étaient concordantes avec la littérature sur les TCA en SP c'est-à-dire des troubles peu fréquents et des patients ayant des difficultés d'amorce de suivi, du fait d'un probable déni, une honte possible. Néanmoins certaines descriptions spécifiques n'ont pas été conduites (les hommes, l'anxiété) pour cause de faible effectif.

Cinquièmement Aucun modèle explicatif n'a été réalisé, Une analyse de survie pour étudier l'association entre la dépression et les TCA avait été envisagée, mais abandonnée du fait de la dépendance des deux variables dans la population étudiée. Nous n'avons pas non plus réalisé d'étude cas témoins qui aurait apporté des éléments importants de comparaison entre les patients atteints de TCA et indemnes de TCA.

Sixièmement la validité des RC DEP et TCA peut être discutée. La validité clinique d'un RC DEP ou TCA n'a pas été évaluée dans la littérature. La définition du RC DEP est spécifique à l'OMG et au DRC. D'abord nous avons associé les RC dépression et humeur dépressive réduisant de fait l'homogénéité de la population DEP. Ensuite la caractérisation du syndrome dépressif n'est pas en lien direct avec la classification DSM. Enfin la notion d'épisode dépressif ne peut être établie par le recueil des RC. Nous avons donc considéré qu'au moins une seule consultation contenant un RC DEP concernait un épisode dépressif. Concernant le RC TCA les données biométriques ne font pas partie de la définition du RC TCA, en particulier l'IMC est important pour le diagnostic d'AM. Néanmoins le risque de sous-estimation des pathologies était surement très supérieur à leur surestimation. De plus le RC peut être considérée une classification opérationnelle, le MG a de fait pris en charge « comme si c'était une DEP ou TCA ». Sur cette consultation le MG a considéré que le patient était TCA et/ou DEP et a proposé une prise en charge adaptée.

4.5.4 Perspectives : vers une approche diagnostique globale inscrite dans la durée

Les fréquences des différents types de TCA étaient assez proches. On peut penser que pour les MG l'identification de troubles alimentaires en général est plus importante que le type de TCA. La classification DSM ne semble donc pas adéquate dans le contexte des SP puisque trop spécifique. Des études spécifiques aux SP devront être réalisées pour comprendre la démarche diagnostique des MG lors d'une suspicion de TCA, en tenant compte d'un suivi de longue durée. Les études devront se focaliser sur les TCA-NS et le nouveau type de TCA, l'hyperphagie boulimique.

Des profils de TCA semblent en revanche coexister :

- des patients plus âgés pris en charge régulièrement à la fois pour TCA et pour une dépression : ces patients-là sont plus souvent des hommes et de façon surprenante les TCA sont retrouvées chez des personnes plus âgées. Notre étude retrouvait plutôt des hommes ayant la même moyenne d'âge que les femmes et atteints plus souvent d'AN. Des études ont déjà suggéré le besoin de se focaliser sur les personnes plus âgées et les hommes pour comprendre le pronostic et la chronicisation de ces troubles[117,120]
- un profil de patients uniquement suivis pour TCA. Ils représentaient 11 % de notre échantillon et étaient plus fréquemment des femmes, moins âgés que les autres patients atteints de TCA. Ils avaient eu plus souvent que les autres patients TCA suivis pour d'autres pathologies un diagnostic persistant de TCA, c'est à dire une prise en charge peut être déjà réalisée par le MG ou par d'autres professionnels de santé. Il serait intéressant d'étudier ces patients-là dans un deuxième temps afin de connaître leur fréquence d'hospitalisation car ils se rapprochent en termes de caractéristiques de la population hospitalière mieux connue dans les études internationales.

Les patients atteints de TCA sont souvent suivis pour dépression, plus longtemps et avec plus de consultations. Des études cas témoins (TCA-non TCA) seraient intéressantes à réaliser dans un contexte de SP ou de population générale pour connaître les différences de comorbidités et de prise en charge associés. Des études étudiant la comorbidité TCA-dépression sont également à réaliser afin de mieux comprendre les interactions de ces deux pathologies qui semblent difficilement dissociables dans un contexte de SP. La survenue des troubles anxieux dans un contexte de dépression et de TCA est aussi à étudier.

Enfin des études qualitatives pour comprendre les enjeux d'une consultation à propos des TCA et surtout de connaitre les perceptions des patients et des MG pourront apporter plus de compréhension à la prise en charge et au devenir de ces patients atteints de TCA. Les MG semblent aborder ces patients dans une démarche globale de santé plutôt qu'une focalisation sur leurs TCA et semblent avoir des difficultés à dépister et prendre en charge.

5 PLACE DES MG DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE TCA : UNE ETUDE QUALITATIVE

5.1 Comprendre la sous détection des patients atteints de TCA en SP

Des récentes études qualitatives Britanniques ont montré que les MG se sentaient impliqués dans le soutien des patients atteints de TCA, mais pas dans le dépistage et ressentaient une grande impuissance[61,121]. Une étude montrait aussi que les MG déclaraient peu utiliser les critères diagnostiques du DSM et utilisaient des critères subjectifs, centrés sur le patient sans forcément prendre en compte le poids[121]. Des études centrées sur les perceptions des patients et de leurs proches à propos de leur prise en charge en SP ont été menées en Grande Bretagne [61,122].

Aucune étude qualitative en France n'a été réalisée à ce sujet, pour comprendre les obstacles à la détection et les enjeux de la prise en charge.

5.2 Méthodes

Les objectifs de l'étude étaient de décrire

Objectif 4 : ***Les perceptions qu'avaient les MG de leur prise en charge des patients atteints de TCA.***

Objectif 5 : ***Les perceptions par les patients atteints de TCA du rôle de leur MG dans leur prise en charge et leur parcours de la maladie.***

Le volet qualitatif de l'étude a été réalisé par des médecins généralistes, psychiatres, sociologues et méthodologistes, au sein de l'unité INSERM U669 (UMR S1178), le DUMG de Tours et le département de sciences humaines de Tours. Le comité consultatif de protections des personnes dans la recherche biomédicale de TOURS région Centre, Ouest 1, a donné un avis favorable au recueil des données (CPP 2013-N10). Le Comité consultatif sur le traitement de l'information en Santé a également donné son accord (dossier 13-040°) et la Commission nationale de l'informatique et des libertés a confirmé cette autorisation (DR-2014-395).

5.2.1 Type d'étude : méthode qualitative en miroir

Nous avons mené deux études observationnelles qualitatives

- Une avec une approche par théorisation ancrée pour l'étude des perceptions des MG
- Une avec un abord phénoménologique pour l'étude des perceptions des patients

Le raisonnement inductif dans une approche qualitative a pour particularité de permettre l'élaboration d'hypothèses lorsqu'un domaine est peu exploré dans sa complexité. Le point de vue des MG à propos des patients atteints de TCA et le point de vue des patients présentant des TCA sur leur prise en charge par les MG sont mal connus en France, et l'étude de leurs perceptions parallèles de cette maladie et du système de soins nécessitait ce type de raisonnement.

Le miroir réside dans la mise en parallèle des catégories issues des deux études pour reconstruire les interactions sociales entre les MG et les patients.

La population étudiée était constituée de MG membres de la Société Française de Médecine Générale (SFMG). Nous avons contacté les MG ayant côté, au moins une fois, un TCA comme motif principal de consultation, dans leur dossiers médicaux, entre1994 et 2007. Si ceux-ci signifiaient leur accord, l'entretien était mené.

A l'issue des entretiens, les MG étaient informés qu'ils pouvaient recruter les patients atteints de TCA qu'ils suivaient afin d'étudier secondairement les perceptions de leurs patients.

5.2.2 Etude sur les MG

5.2.2.1 Choix de la perspective

La « grounded theory » ou théorie ancrée présentée en 1967 par deux sociologues américains, Glaser et Strauss est habituellement réalisée en 3 temps[123] . Premièrement, le codage ouvert est à partir de l'analyse des verbatim, c'est-à-dire de la retranscription des entretiens et permet la création d'un livre de codes. Puis, dans un second temps, le codage axial consiste à regrouper les différents codes ouverts en plusieurs catégories principales. Enfin, après la catégorisation, un encodage matriciel est réalisé permettant la mise en lien des idées entre les différentes catégories et codes ouverts pour aboutir à la construction d'un modèle.

Cette méthode était utile afin de comprendre comment un processus social tel que la venue de patients atteints de TCA influençait un groupe social défini comme les MG, avec des pratiques communes entre eux, dans un système de soins proche, adhérents à une même société savante.

L'étude a été construite en suivant la grille de qualité d'études qualitatives COREQ-32[124] quand les items de la grille étaient applicables.

5.2.2.2 Population étudiée

Parmi les 107 MG éligibles au niveau national de la SFMG, 62 d'entre eux étaient encore en activité au moment de l'étude.

Dans une étude qualitative avec une approche par théorisation ancrée, 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.

Cet échantillonnage de type raisonné était réalisé au sein des 62 MG dont les caractéristiques étaient les plus diversifiées les uns par rapport aux autres. 24 nous ont donné leur consentement.

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 aux TCA ou aux psychothérapies

5.2.2.3 Méthode de recueil

Des entretiens individuels téléphoniques et en face à face ont été réalisés en raison d'un échantillon national. Les entretiens téléphoniques sont considérés comme équivalents aux entretiens en face à face. Ils ont été réalisés par 4 interviewers entre avril 2013 et septembre 2014[125] .

Ces entretiens étaient semi structurés réalisés à partir de questions ouvertes (Guide d'entretien initial disponible en annexe 1). L'interviewer a utilisé un guide d'entretien dont les thèmes n'ont pas forcément été abordés dans l'ordre. Le guide d'entretien au cours de l'étude a été modifié une seule fois. Le guide était élaboré autour de la définition des TCA selon le DRC. Le MG devait ensuite rapporter une situation rencontrée au cours de son exercice puis donner son avis sur la place qu'il pense avoir, en général, dans la prise en charge des patients atteints de TCA. Chaque entretien a été enregistré avec l'accord de l'interviewé, puis retranscrit mot à mot pour constituer le verbatim

5.2.2.4 Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée par 3 personnes, en aveugle, pour chacun des verbatim, à la recherche de la triangulation. La triangulation des chercheurs permet par échange et confrontation de limiter la subjectivité initiale des chercheurs. Cela permet de faire émerger le sens que donnent les acteurs tels que les MG ou les patients à ce qu'ils vivent en limitant le sens que donnent en premier lieu les chercheurs à ce que vivent les acteurs. L'approche a été à la fois inductive avec la création de codes à partir des verbatim et listée puis les chercheurs examinaient 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 en utilisant le principe de la comparaison constante, selon Glaser et Strauss. Nous avons choisi d'utiliser un logiciel de codage pour l'analyse de l'ensemble de ces entretiens (Nvivo10© NVivo qualitative data analysis Software; QSR International Pty Ltd. Version 10, 2013).

L'encodage matriciel possible grâce à Nvivo10 consistait à sélectionner les catégories les plus explicatives et les croiser entre elles afin de relever les idées structurant le modèle.

5.2.3 Etude sur les patients

5.2.3.1 Choix de la perspective

Une analyse phénoménologique interprétative (API) a été choisie ici car elle permet des analyses détaillées et nuancées des expériences vécues de chaque individu. L'objectif de cette perspective était de pénétrer en profondeur dans l'univers singulier de chaque individu afin de reconstruire un sens commun, un modèle commun[126].

La déconstruction des *a priori* des chercheurs est un point essentiel de cette démarche afin de se préparer au mieux à l'abord d'un univers particulier et singulier. Nous avons réfléchi à notre propre réponse sur le sujet. Nous avons ensuite construit un journal de bord tenant compte de nos perceptions progressivement modifiées au contact du terrain d'enquête et permettant l'ajustement des questions du guide d'entretien. Cet ajustement pouvait être réalisé ainsi en s'écartant de nos *a priori*, en gardant une posture inductive (annexe 2 : extraits choisis).

Notre problématique initiale était de chercher à connaître la perception par les patients du rôle des MG dans le diagnostic et la prise en charge de leur maladie. Le MG avait selon nous un rôle à jouer dans la

coordination des différents spécialistes (nutritionnistes, psychologues, psychiatres) et dans le suivi pondéral et entretenait une relation de confiance avec ces patients. Nous pensions que les MG allaient nous proposer uniquement une rencontre avec des femmes, et il nous paraissait hors sujet de prendre en compte des entretiens d'hommes ayant des TCA. Nous restions cependant ouverts à ce type d'entretien, *a priori* difficile à réaliser du fait d'une faible prévalence. Nous nous attendions à ce que les patientes évoquent principalement leurs attentes en termes de surveillance du poids et de renouvellement d'ordonnance, s'il existait des traitements. Nous nous rendions compte que nous avions une approche hospitalo centrée de ces patientes, c'est-à-dire une perception de division des compétences des acteurs de santé en fonction de leur spécialité. Nous nous attendions à ce que les patientes évoquent des histoires de vie difficiles, en lien avec leur entourage familial. Nous nous attendions également à un recrutement long et difficile.

L'étude a été construite en suivant la grille de qualité d'études qualitatives COREQ-32 quand les items de la grille étaient applicables.

5.2.3.2 Population étudiée

La population avait été intentionnellement choisie afin de donner une perspective particulière sur le phénomène étudié, en recherchant un échantillonnage raisonné à variation maximale, selon les critères suivants :

Patients

- âgés de plus de 8 ans, âge de début des TCA selon les recommandations NICE[13] et du DSM V [1]
- présentant des TCA selon les critères DSM-V
- faisant partie de la patientèle des MG ayant participé à l'étude précédente, recueillis sur un mode opportuniste.

Ces MG étaient les membres de la SFMG exerçant en Ile de France afin de réaliser tous les entretiens en face à face.

5.2.3.3 Méthode de recueil

Le recueil des données a été réalisé entre juin 2014 et mai 2016. Il a été demandé ces MG de joindre leurs patients présentant des TCA. Si les patients acceptaient de rencontrer l'intervieweur, une rencontre était organisée. Des entretiens semi directifs individuels[127] ont été réalisés en personne avec les patients, ou par téléphone lorsque la rencontre était impossible.

Un guide d'entretien semi-structuré, plus souple que celui des MG, (Annexe 3) a été utilisé, plus adapté pour des discussions profondes et personnelles. Afin d'avoir un registre conversationnel, l'entretien était flexible, les questions n'étaient pas toujours posées dans l'ordre. Le patient était encouragé à parler le plus possible.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord du patient. La retranscription a été faite mot à mot, en essayant de rapporter les manifestations non verbales (rires, pauses, hésitations…), ceci constituant le verbatim.

5.2.3.4 Analyse des données

L'analyse des verbatim a permis de générer des codes ouverts descriptifs non interprétatifs. Une carte heuristique a été établie, pour chaque patient, sur la base de regroupements thématiques individualisés. Ces cartes initiales ont été insérées dans les annexes (annexe 4 : exemple de carte heuristique, à visée illustrative uniquement). Ces cartes avaient pour intérêt de réfléchir sur des thèmes communs aux entretiens. Les codes ont ensuite été mis en commun pour une analyse thématique. Ceci a été réalisé pour chaque patient. Enfin, les codes et thèmes ont été mis en commun dans un livre de code commun à tous les entretiens. Nous n'avons pas utilisé de logiciel de codage, ceci étant possible du fait de l'échantillon limité et de l'absence de thématisation précoce et de comparaison constante, préconisés dans la théorisation ancrée[114]. Une triangulation par deux chercheurs de l'analyse des données a été réalisée. L'analyse des résultats a permis d'aboutir à la réalisation d'un modèle, dans le cadre d'une deuxième phase d'interprétation et de recherche du sens commun profond à tous. Le consentement des patients a été recueilli avant de débuter l'entretien. Le caractère anonyme, non obligatoire et réversible de la participation à l'étude avait été expliqué aux patients. Nous avons choisi d'utiliser un logiciel de codage pour l'analyse de l'ensemble de ces entretiens (Nvivo10© NVivo qualitative data analysis Software; QSR International Pty Ltd. Version 10, 2013).

5.3 Résultats pour les MG

Nous avons réalisé 24 entretiens téléphoniques et présentiels. Le premier entretien a eu lieu le 19 avril 2013 et le dernier le 3 septembre 2014. La durée moyenne des entretiens a été de 38 minutes, le plus court ayant duré 13 minutes et 1h20 minutes pour le plus long.

Il y avait 91,6 % d'hommes. La moyenne d'âge était de 56,5 ans. Les médecins venaient de 11 régions différentes. Les principales caractéristiques des participants sont résumées dans le tableau 16. 16 entretiens ont été réalisés par téléphone, 8 entretiens ont été réalisés en face à face (7 en Ile de France, 1 dans les Hauts de France).

Quatre grandes catégories ont émergé de l'analyse des verbatim :

- Un seuil pathologique flou des TCA et une situation peu rencontrée
- Une rencontre avec une personne et un entourage au parcours « difficile »
- Une impuissance manifeste mais le bon sens comme « arme » de prise en charge
- Une alliance thérapeutique fondamentale dans une prise en charge pluriprofessionnelle à double tranchant pour le MG.

(Exemple d'entretien annexe 5).

Concernant la nomenclature pour l'anonymisation des participants, nous avons choisi

- D'indiquer en premier les initiales MG pour médecin généraliste
- D'indiquer ensuite le chiffre correspondant à l'ordre chronologique des entretiens en fonction de l'investigateur ayant réalisé l'entretien
- D'indiquer enfin les initiales des investigateurs ayant réalisé l'entretien (A,P ou JS)

Tableau 16: caractéristiques principales des MG interrogés

	Médecin (MG) : n=24
Age	56,5 ans (45 à 63)
Sexe	
Masculin	22 (91,6 %)
Féminin	2 (8,4 %)
Exercice	
Rural	7 (29,1 %)
Semi rural	3 (12,6 %)
urbain	14 (58,3 %)
Mode exercice	
Seul	6 (25 %)
Groupe	18 (75 %)
Région	
Ile de France	7 (29,2 %)
Bourgogne-Franche Comté	4 (16,6 %)
Nouvelle Aquitaine	3 (12,5 %)
Centre- Val de Loire	3 (12,5 %)
Auvergne-Rhône Alpes	2 (8,3 %)
Grand Est	2 (8,3 %)
Bretagne	1 (4,2 %)
Normandie	1 (4,2 %)
Hauts de France	1 (4,2 %)
Installation	
Moins de 10 ans	0
De 10 à 20 ans	5 (20,9 %)
Plus de 20 ans	19 (79,1 %)
Adhésion SFMG	
Moins de 10 ans	1 (4,2 %)
De 10 à 20 ans	17 (70,8 %)
Plus de 20 ans	6 (25 %)
Formations complémentaires	
Hypnose	2 (8,3 %)
Psychothérapie	5 (20,9 %)
Aucune	17 (70,8 %)

5.3.1 Le TCA : un seuil pathologique flou et une situation peu rencontrée

5.3.1.1 Des difficultés de définition des TCA pour les MG et un manque « d'habitude »

5.3.1.1.1 Peu de confiance dans leur définition

La plupart des MG avaient des difficultés à définir les TCA et des difficultés à les considérer comme des maladies à part entière alors que leurs définitions recouvraient certains éléments du DSM.

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

Certains ne se sentaient pas légitimes d'un point de vue académique.

MG3JS « je ne suis pas très euh... académique donc euh... enfin pour moi c'est des gens qui ont euh... qui ont une vision de l'alimentation qui euh... qui font porter à l'alimentation euh... un sens qui n'est pas le sens de nourrir le corps quoi »

Ils reconnaissaient l'importance de l'image corporelle.

MG3JS : « est-ce que c'est une question de mode, je ne sais pas, ou est-ce qu'elles se…. Moi c'est une chose que je dis souvent aux patients, il y a le poids, il y a le chiffre, c'est une chose et puis après il a le fait d'être bien dans son corps ou pas. ».

Beaucoup de MG pensaient ne pas savoir donner une définition précise.

MG9JS : « Non. Parce que ça je ne sais pas le faire en fait. C'est une sémantique psychiatrique que je ne connais pas bien. Euh... je ne saurais pas… non ! Non vraiment pas. »

Certains MG évoquaient les TCA comme des pathologies psychiatriques et des troubles des comportements par rapport à l'alimentation avec des apports en excès, ou au contraire restreints, voire variables.

MG5JS « après euh... les, bon on peut citer l'anorexie qui est un trouble majeur, ou la boulimie enfin les… l'anorexie-boulimie. On est plus dans la pathologie psychiatrique. »

MG1A : « elle allait s'acheter des gâteaux, elle bouffait ses gâteaux dans la voiture, elle torchait ses 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 »

Certains parlaient de différentes conduites compensatoires et des compulsions :

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. »

De nombreux MG citaient dans leur définition personnelle des TCA un symptôme de mal-être et les conséquences péjoratives sur l'individu.

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 entrainant des conséquences sinistres, péjoratives, sur, euh, sur la vie des patients, euh sur leur bien-être… »

Quelques MG citaient la distorsion de l'image corporelle

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

Certains MG citaient 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. »

La plupart des MG considéraient les TCA comme l'expression d'une autre pathologie mentale. Un MG envisageait même le TCA comme un symptôme de dépression et non comme une maladie en soi.

MG5JS « les derniers c'étaient quand euh... c'était dépression dans le DRC, je n'ai pas mis euh... je pense que dans mon esprit ça devait être un élément collatéral de cette dépression. Mais euh... je ne l'ai pas, ça ne m'a pas semblé être euh... c'est plus un symptôme qu'un problème à l'origine du reste »

Beaucoup de MG repéraient des patients atteints de TCA dans des maladies associées classiquement dans ls descriptions cliniques, comme le diabète ou la dépression et les pathologies addictives.

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

Certains MG identifiaient le TCA comme étant un trouble mental, d'autres incluaient l'addiction ou la notion d'étiologie dans leur définition, en parlant de l'anorexie notamment :

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… »

Ils intégraient à la définition des signes cliniques comme les troubles de l'anxiété, un IMC bas et une aménorrhée secondaire.

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

MG6P : « c'est souvent par une aménorrhée secondaire que j'y pense… »

5.3.1.1.2 Une prévalence faible selon les MG

La majorité pensait qu'ils avaient rencontré rarement des patients atteints de TCA.

MG3JS : « Parce que quand euh... je ne sais pas, je ne sais pas la prévalence des TCA mais je veux dire euh... ce n'est pas très élevé comme prévalence »

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 MG n'avaient pas souvenir de situations où ils avaient 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 MG ne se souvenait pas avoir pris en charge de TCA alors qu'il faisait partie des MG ayant recueilli au moins une fois un RC 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. »

Mais il pensait avoir rencontré 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»

5.3.1.2 Un repérage des MG non spécifique

5.3.1.2.1 Motifs de consultation

Les motifs de consultation que les MG rapportaient de situations de découverte de TCA chez les patients étaient

- une patiente consultant pour épuisement
- une patiente consultant pour céphalées

  MG3A : « Euh... d'une gamine euh... qui est venue, pour quoi, des troubles vraiment, des céphalées, des maux de tête. »
- Une patiente consultant pour aménorrhée
- une patiente consultant pour des douleurs musculaires

  MG3JS : « mais qui est lié à ses problèmes, il y a ça, et des problèmes de douleurs. »
- un patient consultant pour lombalgie

Ils étaient alertés chez des patients par des motifs psychologiques et d'addiction

- un trouble de l'humeur
- un trouble sexuel
- un trouble des conduites sociales
- un profil typique de patiente selon le MG

  MG6P « c'était une patiente typique de type anorexique brillante à l'école et exigeante »
- des signes de dépression

  MG1P : « il y avait des problèmes de dépression affichés oui ! »
- une addiction à l'activité physique

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

Certains MG évoquaient des signes d'alarme plus spécifiques aux TCA tels qu'un rapport particulier à la nourriture, une pratique sportive intensive, des plaintes digestives, des vomissements provoqués.

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 étaient aussi évoqués par certains.

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. »

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 ! »

5.3.1.2.2 Les symptômes et le contexte des patients atteints de TCA

Une fois le diagnostic évoqué ou suspecté, certains MG trouvaient que les patients atteints de TCA avaient une vision perturbée de l'alimentation où le déni prédominait.

MG5JS : « Euh... oui mais alors je n'arriverai pas à le définir. Psychologiquement euh... je ne sais pas comment je la définirai… la première fois où elle est venue pour ce problème d'anorexie euh... elle rigolait. Ça la faisait rire et j'ai essayé de recadré mais je me rappelle qu'elle était… c'est pour ça que je dis qu'elle était dans le déni parce que vraiment, elle prenait tout à la rigolade alors qu'il y avait manifestement un problème grave qui était en train de s'installer »

Certains MG étaient alertés par une discordance entre le poids (normal ou maigre) et la peur de grossir, entre les symptômes et le discours et commençaient à penser aux TCA quand il n'y avait pas d'explication à la variation de la courbe taille poids.

Quelques MG parlaient des variations de poids, de restriction alimentaire, de préoccupation corporelle majeure.

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 »

De nombreux MG évoquaient le diagnostic de TCA avec les patients 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 »

Des MG identifiaient 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. »

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 »

5.3.1.3 Un seuil pathologique non établi et une prise en charge centrée sur le patient

5.3.1.3.1 Les difficultés à faire la différence entre une situation normale et une situation pathologique

La plupart des MG avaient conscience qu'ils ne dépistaient pas activement les TCA chez les patients et admettaient ne pas forcément aller plus loin quand une patiente explicitait une peur de grossir car ils pensaient cela fréquent et banal.

MG3JS : « J'ai un peu plus de mal avec ça !!! Parce que c'est souvent, Alors prescrire une pilule « elle va pas me faire grossir ? ». Enfin je ne suis pas sûr, enfin peut-être que j'ai tort, je ne prétends pas d'avoir la science infuse mais c'est vrai que je ne recherche pas obligatoirement des troubles alimentaires derrière cette question »

MG5JS : « Les gens qui sont dans le souci de l'image corporelle qui euh... sont… finalement je pense que ces personnes qui ont un comportement alimentaire euh... normal on va dire, si on peut utiliser ce mot-là, et qui sont toujours dans la culpabilité vis-à-vis de ce qu'elle mange, en se disant je vais prendre ça, ça va me faire grossir, enfin… »

Un MG expliquait la situation d'une femme qui avait une mauvaise image corporelle par rapport au modèle sociétal.

MG5JS : « Je me dis que c'est… parce qu'elles veulent ressembler à ce qu'elles voient dans les… ce qu'on leur propose comme image de la femme idéale dans les, la presse ou la télé,

après c'est pas…Des femmes qui sont toujours en train de faire un nouveau euh... un nouveau régime très strict et souvent assez sévère qu'elles suivent pour une seule des variables, qui obtiennent des résultats bon, qui obtiennent des résultats mais qui euh... comme après elles retombent dans leur façon de se nourrir antérieure ben forcément elles reprennent du poids et elles en reprennent plus. Alors est-ce que c'est un trouble du comportement, je en sais pas… C'est euh... des mauvaises habitudes Rires... on va dire ça »

Certains ne sentaient pas alertés par une personne à poids normal et admettaient que le TCA n'était pas forcément visible sur le patient.

MG3JS : « je pense que justement c'est très difficile et les patientes boulimiques… les anorexiques c'est facile mais alors… en tous cas on peut se poser la question facilement alors que les boulimiques il y en a un certain nombre qui… ont un poids normal je veux dire, qui se présente et dans le quart d'heure où on les voit, je veux dire on n'est pas obligé de voir des choses très précis donc euh... »

MG9JS : « je pense que ça mériterait qu'on y fasse plus attention oui. Parce que euh... on est… on n'est pas obligé, ce n'est pas écrit sur le bout du nez de la patiente ou du patient »

Ils considéraient que si les gens ne se plaignaient de rien, il n'y avait pas de prise en charge à faire

MG9JS : « Mais si les gens ne se plaignent de rien d'autre. Qu'ils n'ont pas de problèmes de poids, que leur IMC est normal et qu'ils n'ont pas de pathologie particulière heu… bon. On s'en fiche un peu, enfin moi je m'en fiche un peu. »

Tous les MG décrivaient 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. »

Aucun MG n'a décrit de situation dans son expérience clinique immédiate en rapport avec un patient atteint de boulimie.

Plusieurs MG pratiquaient des examens afin d'éliminer les diagnostics différentiels et ne pensaient pas en premier lieu à l'anorexie.

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. »

La plupart des MG trouvaient 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, a posteriori bien sûr, tout paraît simple »

5.3.1.3.2 Une prise en charge basée sur la demande du patient

Certains MG 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. »*

Quelques MG se déclaraient peu actifs dans le début de la prise en charge, et comptaient sur les patients.

Un évoquait le fait que les vomissements provoqués étaient plutôt spontanément amenés par les patients et non recherchés à l'interrogatoire des MG.

> *MG5JS « C'est plus souvent, je pense c'est plus souvent spontané… les femmes qui me déclarent euh... se faire vomir. »*

Plusieurs d'entre eux pensaient que les patientes à IMC normal devaient elles-mêmes amener le sujet sur la table.

> *MG6JS : « Euh... sur les patientes qui étaient avec un IMC normal c'était plutôt elles qui abordaient le sujet. Parce que… euh... à part euh... »*
>
> *MG9JS : « Oui ben justement c'est un peu ça que je viens de dire. Ben moi je ne me sens pas concerné. Sauf si les gens s'en plaignent. »*

Certains insistaient sur le fait qu'une prise en charge pouvait parfois être délétère.

> *MG6JS : « et une fois qu'on… faire le dépistage euh... le moins toxique possible »*

Ils ressentaient qu'il y avait des patients chez qui il fallait creuser le sujet de l'alimentation, sans critères objectifs mais que le temps manquait.

> *MG3JS : « Euh... y'a un frein, qui est le frein « temps », ça c'est sûr. Que de temps en temps, moi ça m'arrive de le mettre, en remarque, en disant qu'il faut creuser sur ça mais euh... j'ai pas le temps de le faire là. Parce que c'est quelque chose… et après c'est pas pour autant que je le dis « Il faudrait qu'on se revoit dans une semaine pour euh... » »*

Beaucoup de MG se méfiaient de la prise en charge systématique et remettaient en cause son intérêt, notamment au travers des outils de dépistage.

> *MG3JS : « Mais euh... il y a des outils qui sont des très bons outils mais inadaptés à la médecine générale. Qu'on ne va pas utiliser parce que ce n'est pas pour rien qu'on utilise très peu d'échelles. Parce qu'on a l'impression que les échelles elles sont pour les… professionnels qui ne connaissent pas les patients »*
>
> *MG4JS : « je ne vois pas comment on pourrait être systématique car on ne nous donne pas les moyens d'être systématique. A un moment donné si on devait faire toute la prévention que doivent faire les médecins généralistes… »*

Ils considéraient le dépistage et la prise en charge systématique d'une maladie rare comme peu rentable.

> *MG3JS : « dépistage systématique ça ne marche pas très bien parce que souvent ce n'est pas*

rentable, Même si c'est fait correctement et deuxièmement on s'épuise à la faire donc … »

Un MG basait sa prise en charge sur les besoins du patient qu'il identifiait, de façon globale.

MG6JS : « C'est vrai que dépister le plus tôt, les patients qui veulent être dépisté et laisser tranquille ceux qui ne veulent pas l'être et puis une fois qu'on a identifié les problèmes euh... trouver les meilleures solutions adaptées aux patients »

5.3.2 Une rencontre avec une personne et un entourage au parcours difficile

5.3.2.1 Des patients en difficulté et « difficiles »

5.3.2.1.1 L'abus sexuel, la maltraitance : un déclencheur des TCA

La plupart des MG percevaient un lien très fort entre la maltraitance verbale, physique, voire sexuelle et le déclenchement des TCA.

MG5JS « Silence… euh... caractéristiques communes… j'ai pas une grande série non plus pour dire ça mais… euh... je pense que… je pense à une ou deux où on peut retrouver des, des, de la maltraitance dans le euh... dans l'enfance enfin comme jeune, comme ado, grand enfant. Oui je pense il y a surement des, enfin… surement des traumatismes profonds qui sont euh... que l'on peut retrouver ouais. Je pense à deux patientes comme ça, qui ont en commun de la maltraitance euh... et avec des problèmes de, avec des séquelles qui sont pas euh... assumées… Elles sont pas dans le, reste en souffrance vis-à-vis de ça. »

Un MG observait un lien très fort entre TCA et inceste.

MG6JS « Donc euh... et ça, ça a commencé, je pense que c'est à partir d'elle que j'ai commencé à faire un lien euh... entre Troubles des Conduites alimentaires et inceste. Et à poser systématiquement la question après. Et à voir un rapport qui était assez bon. Parce que moi j'ai pas une expérience, j'en fait pas 50, j'en ai pas vu 500 quoi j'en ai vu euh... ça doit tourner autour de la dizaine quoi enfin voir un peu plus.»

Ce MG avait déclenché la prise en charge spécialisée pour le TCA lors de la découverte d'une situation d'inceste.

MG6JS : « Et au bout d'un moment elle m'a raconté que… il y avait des problèmes d'inceste. Euh... et donc là je l'ai envoyé pour une prise en charge euh... spécialisée »

Et à l'inverse, il posait la question de l'abus sexuel suite à une discussion à propos des TCA.

MG6JS : « Et puis un jour, euh... je lui ai demandé comment ça se passait euh... quand elle était petite à la maison. Elle m'a dit que ça se passait bien. Je lui ai demandé comment ça se passait avec maman. Elle m'a dit que ça se passait très bien. Et quand je lui ai dit comment ça se passait avec papa, ben elle s'est mise à pleurer »

5.3.2.1.2 Une structure psychologique basée sur un trouble de la relation selon les MG

Le contexte familial était déterminant pour certains MG, voire l'éducation au sein de la famille dans l'enfance.

La majorité des MG parlaient de patients évoluant 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. »

Un MG évoquait un trouble du système punition-récompense avec les enfants d'une mère elle-même atteinte de TCA.

MG5JS : « toujours dans la punition récompense alternée à vitesse euh... enfin sur ¼ d'heure de consultation elle les… C'est punitions et « toi au piquet » euh... récompense, elle les encense aussi d'une certaine façon. »

Un MG évoquait plutôt un trouble qui nécessitait une éducation vis-à-vis de l'alimentation, voire une éducation familiale.

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

Certains cherchaient du sens à l'anorexie dans la relation avec la mère.

MG3JS : «Et puis il y a en juillet dernier, elle s'est mise à déballer ses problèmes dans l'enfance avec ses parents, avec sa mère en me disant … où en fait elle a vécu son enfance… enfin, sa mère avait des amants donc elle c'était la plus vieille de la famille, elle devait couvrir tout ce que faisait sa mère avec à la fois le travail ménager et le quotidien »

Et il considérait l'entrée d'une patiente dans l'anorexie pour être au centre de l'attention.

MG3JS : « Donc c'est ça qui a … et elle[la patiente] dit que c'est pour qu'on s'occupe d'elle qu'elle fait ça »

Un MG suspectait le TCA comme un symptôme de maltraitance non assumée.

MG5JS : « Oui je pense il y a surement des, enfin… surement des traumatismes profonds qui sont euh... que l'on peut retrouver ouais. Je pense à deux patientes comme ça, qui ont en commun de la maltraitance euh... et avec des problèmes de, avec des séquelles qui sont pas euh... assumées. »

Certains associaient le TCA à une humeur dépressive et un trouble de la relation dans la société.

MG6JS : « Dépression euh... humeur dépressive euh... comme je disais, un peu les phobies sociales, tout ce qu'il y a, des troubles du rapport à l'autre ça y fait un peu penser voilà !. »

Un MG identifiait un problème de comportement alimentaire via le prisme des problèmes de couple.

MG6JS : «Tant que ça allait bien avec son copain, il n'y avait pas de troubles alimentaires. Et dès que ça commençait à déconner dans leur relation, elle commençait à avoir des troubles alimentaires euh.... c'est elle qui avait des, les troubles alimentaires survenaient quand ça n'allait plus avec son petit ami»

5.3.2.1.3 Les patients atteints de TCA : des patients ambivalents et difficiles, en déni

La plupart des MG estimaient la prise en charge des patients atteints de TCA comme étant difficile, longue, voire lassante :

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 »

Un MG se sentait en grande difficulté avec une patiente atteinte de TCA, au même titre que de nombreux MG.

Il la décrivait comme ambivalente sur l'envie de sortir de la maladie, malgré 14 ans de maladie, hospitalisée à plusieurs reprises, avec deux arrêts cardiorespiratoires.

MG3JS : « A la fois elle a envie d'en sortir… enfin moi je l'ai connue dans une période où elle avait envie de s'en sortir. Je ne suis pas sûr que ça a toujours été le cas »

Cette patiente avait des propos en lien avec une dysmorphophobie.

MG3JS : « Elle a toujours une vision de son corps où elle a peur de grossir. Quand elle a un IMC a 11, elle ne veut pas grossir »

Certains MG identifiaient un problème de maturité chez leurs patientes atteintes de TCA.

MG7P « elles ont en général une certaine immaturité qui donne des difficultés … »

De nombreux MG parlaient du 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 MG explicitaient leur doute à propos 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.»

5.3.2.2 L'entourage : des acteurs à part entière

De nombreux MG étaient 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 ! »

Et 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. »

Certains MG évoquaient 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… »

Plusieurs MG trouvaient à l'inverse que l'entourage sous estimait quelquefois la gravité de la situation.

MG7A : « et euh... la mère minimisait aussi la prise en charge. Enfin l'importance du symptôme! »

Certains MG dépistaient des TCA en voyant un entourage en souffrance.

MG3A « Ses parents me disaient qu'le n'avait pas une adolescence normale et qu'ils n'en pouvaient plus »

MG7A « elle [la mère]était assez déprimée et c'est en parlant de l'alimentation de sa fille qu'elle s'est mise à pleurer »

5.3.3 Une impuissance manifeste mais le bon sens comme «arme» de prise en charge

5.3.3.1 Un fort sentiment d'impuissance et de pessimisme des MG

Certains MG se sentaient marqués par des situations de patients atteints de TCA

MG3JS « j'ai quelques patients anorexiques dont une qui est très sévère euh... je veux dire, c'est quelque chose qui marque quoi »

MG3JS : « Son corps, c'est euh... comme à la sortie d'un camp de concentration enfin c'est monstrueux. »

Et doutaient de la guérison des patients et de leur capacité d'aider à guérir

MG5JS : « Enfin oui, oui c'est euh... on a l'impression que les gens qui sont, qui font de l'anorexie eux sans sortent plus par leurs ressources propres que par euh... les soins que l'on peut leur apporter. …. Ça permet de… si peut-être plutôt un suivi que de, de pas laisser les gens avec leur problème euh... mais c'est plus de l'accompagnement que du soin oui. »

MG3JS : « moi je n'ai aucune prétention. Si je peux l'aider à guérir tant mieux mais je ne suis pas sûr d'avoir cette capacité. »

Certains décrivaient des patients envahissants

MG10JS: «… et pour les boulimiques, se protéger, parce qu'on peut être gobés ».

Quelques MG étaient pour certains d'entre eux pessimistes sur une amélioration

MG5JS : « Elle sera toujours euh... dans le … dans quelque chose si c'est pas de la boulimie c'est les tocs qui reviennent, si c'est pas les tocs c'est les hallucinations enfin il y a des… je ne la vois pas avoir un… être guérie de son problème. »

MG5JS « De toute façon les psychiatres avec qui je travaille, elle en a vu plusieurs, à Garches, Pontoise, de nouveau à Sainte Anne… sont tous impuissants. Enfin je veux dire, tout le monde est impuissant quoi »

Quelques-uns atteignaient leurs propres limites en tant que MG et se sentaient incompétents

MG9JS : « Parce que pour moi ça nécessite un avis psychiatrique, un suivi psychiatrique qui n'est plus de mon ressort en fait, de ma compétence. »

MG5JS : « c'est un état de fait. J'ai l'impression, enfin j'ai fait pas mal de choses pour elle et bon j'ai atteint mes limites »

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. »

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… »

5.3.3.2 Les atouts du médecin généraliste : son ressenti et l'évaluation globale de la situation du patient

La plupart des MG adhérents à la SFMG trouvaient un intérêt dans l'outil DRC pour dérouler les items en lien avec la plainte

> *MG6JS : « quand elles commencent à me dire qu'il y a des soucis avec l'alimentation, comme j'utilisais le dictionnaire je, je listais les items et enfin je l'avais devant les yeux.[…] le fait de s'appuyer sur un outil permettait, me permet de systématiquement poser les questions, enfin en tous cas systématiquement j'aborde le sujet donc c'est assez, c'est assez confortable de ce côté-là et c'est assez euh... c'est assez plaisant pour se dire qu'on ne va pas oublier euh... quelque chose, un élément intéressant. »*

Certains pensaient que le bon sens du MG était déjà un outil majeur face au sentiment d'impuissance

> *MG6JS : « C'est compliqué hein je veux dire en tant que médecin. Il y a le bon sens. Qui n'est pas suffisant mais c'est déjà pas mal »*

Quelques MG trouvaient important de prendre en charge à la fois la dépression et les TCA dans l'évaluation de la situation en globalité

> *MG3JS : « l'autre grande catégorie qui sont les troubles psy. Les gens qui ont euh... une angoisse une dépression ou des choses comme ça et euh... se poser la question de l'alimentation c'est aussi très important ! Avec parfois des réponses qui ne sont pas des réponses franches mais on peut toujours avouer… Mais je pense que ça fait partie, enfin ce sont les 2 catégories où il faut se pencher euh... sur les modes alimentaires »*

5.3.4 Une alliance thérapeutique fondamentale dans une prise en charge pluriprofessionnelle à double tranchant pour le MG

5.3.4.1 Une prise en charge globale, non spécifique basée sur l'alliance thérapeutique

5.3.4.1.1 Accompagner un changement progressif et identifier des facteurs de bon pronostic

Tous les MG évoquaient la poursuite de la prise en charge comme un changement progressif venant du patient lui-même.

> *MG3JS : « Donc euh... c'est là ou moi je me dis, enfin que les choses… parce que… elle a évolué pendant 10 ans. C'est pas la même personne que j'ai vue il y a 10 ans et que je vois aujourd'hui. Donc euh... même si elle est un peu dans le même échec… où sur le plan clinique et… même si ça s'est plutôt aggravé. Moi je pense qu'elle a progressé sur son envie de s'en sortir. Elle est consciente qu'il faudrait qu'elle grossisse mais qu'elle n'y arrive pas. Alors qu'avant il ne fallait pas qu'elle grossisse. Donc il y a des choses qui évoluent. Toutes ces prises en charge lui ont permis d'évoluer. »*

Tous les MG disaient avoir un statut d'observateur ou de témoin et certains MG disaient que les patients guérissaient d'eux-mêmes.

MG3JS : « Donc moi mon rôle c'est d'être là, de… je crois que les gens ont la capacité en eux de guérir. »

MG5JS : « c'est plus le malade qui va euh... trouver les ressources pour aller mieux et nous on n'est là que pour faire sorte qu'il ne soit pas trop en souffrance. »

La guérison pour la majorité des MG était un retour à une normalité des critères de mesure anthropométriques : le retour à un IMC normal, le retour des règles, l'intégration sociale et l'arrêt de la purge.

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 !… »

MG6A « quand elle a arrêté de vomir ça allait mieux »

Certains pensaient qu'un diagnostic précoce et une prise en charge précoce étaient de bon pronostic.

MG5JS : « je pense tout de suite à deux jeunes patientes où les périodes d'anorexie duraient très peu de temps enfin de 3 à 6 mois et après avec un suivi par des psychiatres spécialisés dans l'adolescence et euh... elles ont vite tourné la page. Peut-être que ça reviendra mais bon… pour le moment on a tourné la page. »

MG6JS : « je pense que, par rapport à quelqu'un qui vous dit ça à 50 ou 55 ans, j'ai l'impression que l'impact que l'on peut avoir sur la prise en charge sera moins efficace que quelqu'un qui a 20 ans. Donc je me suis dit… on est dans une situation ou si on peut avoir un bénéfice important pour elle, euh... en tous cas il faut essayer tout de suite et pas perdre de temps »

Aucun MG n'a évoqué de décès ou de risque de décès des patients décrits.

5.3.4.1.2 Ecouter en prenant du temps

La plupart des MG ressentaient qu'ils avaient un rôle important à jouer malgré les difficultés

Certains MG pensaient qu'instaurer une relation dans le temps permettait la discussion autour des TCA.

MG6JS : «Euh... et en fait au bout de 10 ans elle m'a raconté qu'elle était anorexique puis boulimique. »

Avec l'objectif que la patiente souffre le moins possible.

MG5JS : « Ben j'essaye de faire en sorte que, elle souffre le moins possible »

Les rôles d'écoute, de conseil et d'orientation étaient évoqués

MG5JS : « Maintenant je peux rester là pour la conseiller, je te dis, pour l'orienter, pour l'écouter surtout parce que c'est souvent ça. euh... j'essaye de… »

MG5JS : « il y a une part de conseil, d'écoute et de conseil… ça c'est sûr. »

Plusieurs MG évoquaient l'importance de savoir créer un relais dans une bonne coordination des soins.

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. »

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.»

Tous les MG disaient vouloir instaurer un climat de confiance en premier lieu, d'être un acteur de confiance, un point fixe.

MG6JS : « le rôle c'était d'avoir euh... c'était d'avoir instauré un climat de confiance pour qu'elle réussisse à pouvoir se livrer »

MG6JS: « Ben c'est toujours pareil, c'est notre rôle primordial c'est de coordonner un petit peu toute la santé du patient et de l'intégrer dans tout le contexte de toutes ces pathologies ou de euh... de tout le reste en fait. Ça c'est notre rôle de coordinateur euh... de gestion de toute la personne. …Et ça je pense que notre présence est vraiment utile. Vous savez ils sont un peu perdus les gens. »

MG9JS : « Et puis on reste en général, quand les gens ont confiance en nous, c'est-à-dire quand ils nous ont choisis comme médecin traitant euh... on est les premiers à qui les gens viennent se confier quand même en fait. Parce qu'ils ont bien compris que c'est nous qui pouvons les aiguiller, les orienter si il faut en fait. »

En permettant à la patiente de revenir en lui assurant qu'elle ne sera pas rejetée, en étant bienveillant et sans jugement.

MG3JS : «Elle sait que de toute façon quoi qu'elle fasse, elle pourra toujours euh... enfin je ne la mettrai jamais dehors quoi. Donc euh... bon. Alors ça c'est peut-être une chose qui fait que euh... elle est capable de ... Elle revient »

MG6JS : « Il n'y aura pas de jugement de valeurs. »

MG3JS : « moi je prends du temps donc euh... et j'ai toujours un regard bienveillant sur les patients. Donc moi enfin je suis incapable de juger une chose quoi. Je peux juger des actes, faire ça ou ça. Mais euh... ce n'est pas un jugement sur la personne. Et du coup, je pense qu'elle n'a pas souvent des gens qui ont ce regard-là. Et ça c'est réconfortant quoi »

MG5JS : « Moi ma prise en charge je dirai que c'est une femme que j'ai beaucoup écouté. Puis qu'elle avait des choses à dire »

MG3JS : « Et moi là-dedans je suis à peu près la seule personne avec qui euh... qui est le point fixe voilà, qu'elle voit régulièrement. »

Et de ressentir une bienveillance réciproque entre le MG et le patient.

MG3JS : « Non. Ah non, non. Non et puis elle n'a pas du tout envie de me mettre en échec. Enfin sa façon d'être, elle est aussi bienveillante avec moi, comme je suis avec elle »

Certains MG insistaient sur un suivi dans le temps en étant au contact du contexte de vie des patients, de connaître les patients dans leur globalité.

MG6JS : «Remotiver des gens, par exemple sur un suivi hospitalier, si ils ont des soins un peu flottants, enfin voilà. Donc on, si le, si le médecin hospitalier attire notre attention sur quelque chose dans un courrier, on pourrait revenir dans une consultation ultérieure si euh.... On a l'avantage de revoir les gens dans des contextes différents hors du problème prise en charge et ça nous permet aussi de pouvoir euh... assurer un suivi dans le temps en parallèle. »

MG6JS : « Donc un changement on le voit. Ça c'est irremplaçable ! C'est pas toujours vrai parce

que les nouveaux patients etc… Dans la majorité des cas on connait le patient, on connait l'entourage, on connait son histoire. On connait des gens qui les connaissent. Tout ça ça fait voilà… c'est un réseau qui est peut-être aussi efficace que des outils. Qui permettent de donner des scores »

MG5P « mon atout c'est de connaître la personne dans son intégralité, de savoir quand ça ne va vraiment pas, et quand ça peut aller »

Quelquefois, une position parentale en tant que MG était assumée.

MG3JS : « Je ne sais pas qu'elle vision elle a de … c'est des gens qui ont des relations au père et à la mère très perturbée, donc est-ce qu'on prend une place de ça euh... autant que hein… personne référente. J'en sais rien peut-être… »

Certains MG se sentaient comme premier maillon d'une chaîne pluridisciplinaire.

MG5JS : « Ben je ne la remets pas en cause puisqu'on est premier interlocuteur souvent. Mais euh... comme dans les troubles addictifs on ne peut pas agir tout seul je pense. »

Et quelques uns étaient réflexifs sur le fait que la médecine n'était pas toute puissante.

MG3P : « Ce n'est pas de l'impuissance au sens euh... je ne suis pas euh... je ne le vis pas mal cette impuissance. Je ne suis pas euh... je n'ai pas le dogme de la médecine toute puissante. Ça fait bien longtemps que je ne l'ai plus.»

5.3.4.1.3 le MG comme médecin de la famille

Beaucoup de MG se sont présentés comme étant les médecins de familles des patients et de l'entourage.

MG4A : « Oui, oui je la connaissais bien et je connaissais la famille aussi, hein, comme un médecin de famille »

Un MG 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. »

5.3.4.2 Des solutions à double tranchant pour faire face aux difficultés et à la solitude en tant que soignant

5.3.4.2.1 Une volonté de se prouver son efficacité

Certains MG se lançaient eux même un défi pour résoudre les troubles et se sentir efficace.

MG3JS : « … on a vraiment des personnes qui ont des troubles enfin, des troubles du comportement par rapport à l'alimentation qui sont, qu'il faut résoudre si on veut être efficace.»

La sensation d'impuissance venait de la pathologie elle-même plus que des recours possibles du médecin ou de ses compétences

MG5JS : « Mais peut-être que euh... l'impuissance elle est peut être liée à la pathologie aussi.»

Quelques MG insistaient sur leur volonté de 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. »

5.3.4.2.2 Trouver des solutions pour ne pas être seul : une équipe pluriprofessionnelle et surtout le psychiatre

Tous les MG sentaient qu'ils ne pouvaient prendre en charge seuls les patients atteints de TCA, pour ne pas « prendre le patient seul sur leurs épaules »

MG5JS : « Et puis dans les autres euh... dans les… parce que tel que ça a été défini, c'est quand même majoritairement des patientes enfin… c'était la boulimie, l'anorexie, ce sont les symptômes cardinaux tel que ça a été noté. Donc euh... C'est une prise en charge euh... multi-pluridisciplinaire je dirais… mais avec euh... euh... il ne faut pas que le médecin généraliste soit le seul à prendre ça sur ses épaules je pense. »

MG6JS : « Ben c'est quand les choses sont tellement intriqués avec euh... des troubles de l'humeur avec des troubles euh... viol dans l'enfance euh... des situations sociales ou compliquées, enfin quand les difficultés sont cumulées ça devient un peu compliqué. Et si on pense qu'il y a derrière un trouble psychiatrique un peu plus profond ou… on a aussi là besoin de mobiliser des ressources que l'on a pas tous forcément en ville. »

Le psychiatre était essentiel dans la prise en charge, comme un acteur de confiance, connaissant les molécules et les thérapies à utiliser

MG3JS : « Ben euh... excellente question. Je pense qu'il apporte de la stabilité déjà. C'est-à-dire un 2ème point fixe qui n'est pas négligeable »

Ainsi que des équipes pluri professionnelles compétentes en psychiatrie

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 MG orientaient leur patient vers un psychiatre, certains d'entre eux précisaient 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.

Aucun autre interlocuteur, n'était évoqué en particulier ni diététicien ni endocrinologue.

5.3.4.3 La coordination des soins : un problème supplémentaire

Le psychiatre était vu comme un collaborateur mais aussi un potentiel obstacle à la bonne prise en charge. Certains MG reprochaient aux psychiatres un manque de communication.

> *MG5JS : « Et au niveau synergie des soins c'est euh... enfin je veux dire qu'il n'y a pas de synergie dans les soins… il se passe des choses ou des entretiens dont on n'a pas la teneur, dont on ne sait pas euh... quel était le contrat avec les psychiatres, donc voilà »*
>
> *MG6JS : « Donc euh... c'est assez habituel et encore plus à mon avis avec les psychiatres. Donc ça pose un problème réel de prise en charge. Quand vous n'avez pas de euh... quand vous décidez de faire quelque chose et que vous ne savez absolument pas de ce que ça a donné après euh... pour euh... s'autoévaluer et évaluer ses conduites décisionnelles et évaluer»*
>
> *MG6JS : « j'ai l'impression que les services psychiatriques que les psychiatres en tous cas se méfient énormément de l'écrit. Euh... la plupart des psychiatres avec qui j'ai travaillé ne mettaient pas grand-chose dans leurs dossiers. Il y a une espèce de crainte de, « j'écris, ça laisse des traces, ça peut être utilisé ».*
>
> *MG9JS : « Donc pour avoir, savoir ce que pense un psychiatre d'un patient ben c'est exceptionnel qu'on ait des mots, des comptes-rendus, des… donc nous on le sait par le biais de ce que nous raconte les patients mais pas du tout par ce que nous raconte les psychiatres.»*
>
> *MG5JS : « le problème comme dans pratiquement toutes les prises en charge psychiatriques c'est qu'on n'a pas de retour. »*

Certains doutaient de la performance de la psychothérapie ambulatoire.

> *MG3JS : « Oui ! Après sur l'aspect euh... psychothérapie ben malheureusement ils n'ont pas énormément de temps pour le faire. Je ne sais pas s'ils sont très performants. »*

Un MG décrivait l'histoire de la psychiatrie française de façon négative

> *MG6JS : « Mmmh, je ne sais pas c'est, c'est de… je pense que c'est un courant dans la psychiatrie euh... je ne suis pas sûr que ce soit que française mais euh... c'est un courant de euh... , ce n'est pas du tout parano mais c'est de crainte d'utilisation euh... de choses qui sont écrites par d'autres par euh... il y a un courant dans la psychiatrie euh... il y a une défiance par rapport à l'utilisation de, de dossiers médicaux où on noterait des choses encore plus d'utilisation de dossier médicaux informatisés ou c'est encore plus lisible que les pattes de mouches ou les signes cabalistiques utilisés par certain, donc je pense qu'on hérite des années 70 euh... un courant libertaire dans la psychiatrie avec la psychiatrie dans les murs avec plein de choses qui font que voilà, on arrive à ça. bon peut-être qu'avec le temps euh... ça va se … ça va disparaître. »*

Beaucoup de MG ressentaient que le patient disparaissait de ses consultations une fois le psychiatre contacté.

> *MG9JS : « C'est un des freins, je pense que oui. Parce que ce qui est paradoxal c'est qu'en même temps on a beaucoup de mal à adresser des patients chez les psychiatres. Ça c'est une chose très difficile…on met quelques fois des années à adresser quelqu'un à un psychiatre*

alors qu'on sait que ça fait des années qu'il faut le faire. Et on sent bien… quand on est dans cette phase-là, c'est nous qui gérons le patient donc ça va, mais après ça euh... dès qu'il a été adressé à un psychiatre, ce patient, il y a toute une partie du patient qui nous échappe en fait.»

Quelques MG faisaient 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 ».

5.4 Résultats pour les patients

Nous avons contacté 6 médecins généralistes ayant participé à l'étude sur les MG, situés en Ile-de-France de juin 2015 à mars 2016. Sur les 6 médecins contactés :

- L'un d'entre eux n'a pas identifié de patients malgré les multiples relances
- L'un d'entre eux avait une patiente présentant des TCA qui est décédée suite à un suicide sans avoir pu être interrogée. Les autres patientes n'ont pas pu être contactées en raison d'un changement de coordonnées
- L'un d'entre eux avait une patiente présentant des TCA, sortie en mars 2016 d'hospitalisation (après un an et demi d'hospitalisation), un rendez-vous avait été pris deux semaines après sa sortie. Le jour de la rencontre, l'interviewer a découvert que la patiente était à nouveau hospitalisée depuis 4 jours et n'a donc pas pu réaliser cet entretien
- L'un d'entre eux a communiqué les coordonnées d'une patiente qui a été rencontrée
- L'un d'entre eux a communiqué les coordonnées de 2 patientes qui ont été rencontrées. Une autre patiente a refusé de participer.
- L'un d'entre eux a communiqué les coordonnées de 3 patientes qui ont été rencontrées.

Au total, sur une période de 8 mois, 8 patientes ont été contactées par les MG, 6 entretiens « en face à face » de patientes ont été réalisés. 5 ont été réalisés en face à face et 1 entretien a été téléphonique à la demande de la patiente. Le premier entretien a eu lieu le 28 juillet 2014, et le dernier le 30 mars 2016. Le plus court a duré 19 minutes, le plus long a duré 1h19 minutes.

Seules des femmes ont été proposées par les MG et donc rencontrées. L'âge moyen était de 40 ans, la plus jeune était âgée de 21 ans, la plus âgée de 57 ans. Toutes les patientes vivaient en Ile-de-France. (exemple entretien en annexe 6). Leurs caractéristiques sont résumées dans le **tableau 17**.

Tableau 17: caractéristiques principales des patientes interrogées atteintes de TCA

	Genre	**Age (ans)**	**Profession**	**Situation familiale**	**Trouble alimentaire décrit par le patient**	**Comorbidités déclarées par le patient**	**Antécédents d'hospitalisation pour le TCA**
P1	Femme	44	A la recherche d'un emploi	Divorcée 2 fois, pas d'enfant	Anorexie Mentale avec crise de boulimie et vomissements déclarée par la patiente	Dépression	Oui
P2	Femme	21	Etudiante en économie	Célibataire Pas d'enfant	Forme subsyndromique d'anorexie déclarée par le MG	Dépression	Non
P3	Femme	24	Etudiante en école de commerce	Célibataire Pas d'enfant	Anorexie Mentale de type restrictif déclarée par la patiente	Non décrit	Non
P4	Femme	57	En invalidité, institutrice	En couple Pas d'enfant	Hyperphagie Boulimique déclarée par la patiente	Dépression	Oui
P5	Femme	51	Responsable comptable	Divorcée, 3 enfants	Forme subsyndromique de boulimie déclarée par le MG	Cancer de la thyroïde	Non
P6	Femme	41	Chargée de clientèle	En couple, séparée du père de ses 2 enfants	Anorexie mentale avec crises de boulimie et vomissements déclarée par la patiente	Dépression Dépendance à l'alcool Trouble du sommeil	Non

Quatre grandes catégories ont émergé de l'analyse des entretiens : le parcours de vie complexe des patientes :

- le trouble alimentaire comme causes et conséquences
- la prise en charge comme une rencontre avec le diagnostic psychiatrique et les acteurs de santé
- gérer son trouble alimentaire au quotidien : un fardeau et des solutions
- le médecin généraliste comme un acteur de confiance, un allié.

5.4.1 Le parcours de vie complexe des patientes : Le trouble alimentaire comme causes et conséquences

5.4.1.1 La mère donnant naissance à son enfant, mais aussi à ses maux, notamment le trouble alimentaire

5.4.1.1.1 Les troubles psychiatriques de la mère

Certaines patientes décrivaient des troubles psychiatriques chez leur mère, qui les avaient affectées dès leur plus jeune âge. Elles en ressentaient toujours une souffrance à l'âge adulte.

P4 : « Je pense que ça a été... Vivre comme ça, avec quelqu'un qui est toujours au bord de la mort, c'est... je pense que c'est très prégnant »

P6 : « elle, dépressive déjà, moi je l'ai vécu. J'ai vraiment des souvenirs petite de ma mère dépressive, suicidaire. C'est des choses, vraiment, douloureuses encore »

5.4.1.1.2 La mère porteuse de trouble alimentaire

Quelques femmes décrivaient leur mère comme étant dure, interdisant parfois de manger, ou détestant elle-même la nourriture. Le rapport pathologique de la mère à la nourriture avait été vécu comme quelque chose de très contrariant.

P4 : « Chez nous y'avait du sel, du poivre, mais le poivre on l'utilisait pas. Aucun... aucun... la nourriture, ça n'avait pas d'importance pour elle. Il se trouve que mon père n'était pas difficile, donc... on mangeait ce qu'elle servait, quoi, c'est tout et... elle détestait vraiment cuisiner donc... 365 jours par an, sa soupe à l'eau, là... poireaux, carottes, pommes de terre. »

P5 : « c'est que ma mère, qui était assez dure, elle nous interdisait de manger. Et... et je me suis revue que, en fait, elle mettait les bonbons et les chocolats en hauteur. […] Et en fait, moi aussi, ils sont en hauteur. Donc ça (rires), je lui ai dit : ah c'est marrant, mais chez moi aussi, ils sont en hauteur. Et du coup, maintenant je les ai redescendus, pour pas me... je sais pas. Je sais pas si c'est lié à ça ».

5.4.1.1.3 Posséder le corps de son enfant

Deux patientes avaient décrit des scènes dans leur jeunesse, où leur corps avait été mis à la disposition d'autrui par l'autorisation de la mère. Les patientes en restaient traumatisées au moment de l'entretien.

P1 : « j'ai été mariée de force. A 18 ans et demi, est-ce que c'est ça que je traîne ? »

P4 : « la mère de mon ami(e) qui est venue un matin... oh j'étais dans cette tenue là (la patiente est en robe de chambre)... sauf que c'était sans... sans manche ni rien, je suis... je suis venue la saluer, déjà c'était extraordinaire qu'elle vienne. Jamais personne ne venait chez nous. Et cette dame a dit à ma mère : ah mais XXXX avait une belle poitrine, est-ce que je peux toucher... Ma mère a dit oui. Moi je me suis laissé faire […] je m'étais... c'était... cet évènement sous le nom de... pour moi c'était pas anecdotique mais... c'était malheureux... ç'aurait pas dû être fait etc. Et que depuis que cet été je suis allée à XXX, dans le service de nutrition, là... le médecin m'a dit : mais, c'est de l'attouchement, c'est... je... j'arrive pas encore à... ça date du mois de juillet, ça... c'est pas encore rentré dans ma tête »

5.4.1.2 Les séquelles de l'enfance de la relation à la mère et aux parents

5.4.1.2.1 La carence affective et le sentiment d'abandon

La majorité des femmes décrivaient une carence affective parentale. L'une d'entre elles décrivait la peur du sentiment d'abandon qui dominait sa vie, suite aux multiples séparations de la mère dans l'enfance.

P1 : « un manque affectif familial enfin parental »

P5 : « Donc je me dis, c'est surement... un manque d'affection que j'ai eu dans mon enfance et aujourd'hui, ben je suis pas... je me sens pas en manque d'affection, je... je suis bien entourée.»

P5 : « Voilà. Un manque de quelque chose, donc du coup, je mange »

P6 : « Dès que j'ai un mal être. Enfin un sentiment d'abandon surtout. Donc c'est... Ce sentiment, je me dis : est-ce qu'il va rester toute ma vie, quand même ? Parce que, j'ai 40 ans, se sentir abandonnée, même par un psychologue, c'est terrible, quoi ».

5.4.1.2.2 Se cacher pour manger dans l'enfance, la naissance du sentiment de honte

Certaines patientes se cachaient déjà enfant pour manger, sachant que ce comportement était anormal. La plupart des patientes se cachaient aussi adulte lors des manifestations du trouble alimentaire, à cause de la honte ressentie quant au trouble.

P4 : « Quand j'attendais qu'une seule chose, c'est que mes parents s'en aillent de la maison, ce qui arrive... ce qui arrive pas si souvent que ça, et voilà, il suffisait qu'il y ait un peu de pain frais dans la maison, moi je me précipitais sur le frigo pour mettre une énorme couche de beurre... bon alors, encore une fois on est originaires de l'ouest, y'avait toujours du beurre sur la table. Enorme couche de beurre et puis, un gros morceau de fromage et... je m'allongeais sur le canapé, je me goinfrais avec ça. J'avais bien conscience que c'était pas normal. »

P6 : « Parce qu'en fait c'est toujours cette honte. Culpabilité. Cette honte »

Certaines étaient dans le déni du besoin de se cacher.

P5 : « Quand je suis entourée, j'ai pas envie. C'est pas que je me cache, hein. C'est que j'en ai pas envie »

5.4.1.2.3 Avoir de la rancune envers les parents

Plusieurs patientes ont manifesté de la rancœur envers les parents devant l'insatisfaction de leur relation durant l'enfance.

P1 : « je leur en voulais. Surtout à ma mère »

P5 : « ça sert à rien de... de continuer à avoir des relations toxiques avec sa famille »

P6 : « Mais du coup, oui, j'en veux. J'en veux à mes parents. J'en veux énormément à mes parents».

5.4.1.3 Le trouble alimentaire comme un « dealer » qui ne veut pas mettre fin à la relation

5.4.1.3.1 Le trouble alimentaire réconfortant

Les manifestations du trouble alimentaire étaient décrites comme un moment réconfortant.

P5 : « j'ai l'impression que c'est comme un doudou. J'ai besoin de chocolat. »

P5 : « je sens que la nuit, je me lève, parce que j'ai besoin comme d'un réconfort. Donc je me dis, c'est surement... un manque d'affection que j'ai eu dans mon enfance »

Mais aussi comme le plaisir d'en contrôler « les vertus », comme le soulagement, et se sentir légère après les vomissements.

P1 : « Je mangeais et j'allais me faire vomir, pour me soulager. Pour me sentir légère, voilà c'est ça, me sentir légère. Le fait de se vider tout ça, je me sentais légère dans ma tête».

5.4.1.3.2 Plongée dans le trouble alimentaire, et le cercle vicieux qui l'entretient

Pour certaines patientes, le trouble alimentaire aurait débuté de façon anodine par le besoin d'un régime.

P2 : « en fait j'ai un peu plongé dedans sans m'en rendre compte »

P3 : « ça a commencé par un mini régime euh... voilà. Le cas classique je voulais perdre 500 grammes pour l'été, être bien en maillot de bain »

P6 : « Moi je me suis dit... je lui dis... Parce que moi au début, je croyais que c'était... j'avais peur de grossir. Voilà, je me suis dit : ah, je me trouvais grosse. Je me suis mis à vomir »

Puis le trouble alimentaire était entretenu et majoré par l'incapacité à maintenir le régime.

P4 : « je me mets pas au régime parce que j'y arrive pas. Pas la volonté. Ben donc je mange encore plus. Encore plus mal surtout »

P5 : « Donc à partir du moment où je me restreins, c'est encore pire. Je mange encore plus »

5.4.1.3.3 Le trouble alimentaire, un problème dont il est difficile de se défaire

Certaines patientes décrivaient l'ampleur du trouble alimentaire dans leur vie, avec la difficulté voire la peur de ne pas réussir à s'en défaire.

P1 : « 25 ans Plus tard j'en parle encore »

P2 : « on n'est pas à l'abri (rires)... d'y retomber »

P3 : « la nourriture a pris une place démesurée dans ma... dans ma vie »

P4 : « c'est un poids. On se rend pas compte, c'est un poids gigantesque. C'est énorme. »

5.4.2 La prise en charge : une rencontre avec le diagnostic psychiatrique et les acteurs de santé

5.4.2.1 Dépasser le déni pour accéder au diagnostic : choc et soulagement

5.4.2.1.1 Du déni à la prise de conscience du trouble alimentaire

Quelques femmes pensaient, alors que le trouble alimentaire était déjà installé, qu'elles ne présentaient pas ce genre de problème. Néanmoins, avec le temps, certaines d'entre elles s'étaient rendu compte qu'elles présentaient des TCA. Certaines arrivaient à dépasser le fort déni de cette pathologie, et ce pour des raisons variées.

P1 : « je ne savais pas que c'était un trouble alimentaire »

P2 : « Je ne me trouvais pas maigre. Je me trouvais bien quoi »

P3 : « ma mère me disait « tu as un problème », je lui disais non. Mais en même temps avec le recul, je lui disais non mais c'était sincère »

P3 : « je n'étais pas dans le déni enfin à la fin de ma Prépa j'étais plus du tout dans le déni »

P3 : « dès que j'ai passé mon concours, j'ai moi réellement pris conscience que j'avais un problème avec la nourriture et j'en ai parlé à ma mère et ça a coïncidé avec le moment euh... auquel, avec lequel j'avais pris un rendez-vous avec une nutritionniste »

P3 : « là je me suis dit « Oui ben là, il faut que tu prennes conscience que là tu as un vrai problème !»»

P5 : « C'est que depuis peu que je m'en suis rendu compte »

Une patiente décrivait un déni partiel. Après avoir réalisé qu'il existait un trouble alimentaire, il lui était difficile d'admettre l'ampleur du trouble, surtout vis-à-vis de son médecin.

P5 : « Oui mais j'aurais été vexée je pense s'il [le MG] m'en avait parlé »

P5 : « c'est vrai que si dans... dans un an ou deux, je n'y arrive pas toute seule, peut-être que j'irai le voir. »

5.4.2.1.2 Le trouble alimentaire comme un ennemi extérieur

Quelques femmes décrivaient, a posteriori, la découverte du trouble, comme un évènement qui leur tombait dessus, auquel elles ne s'attendaient pas, et qu'elles ne comprenaient pas.

P1 : « On ne sait pas quand ça arrive, on a du mal à s'en débarrasser »

P1 : « Après quand vient ces petits démons, qui vous dit : « bon bah arrête de t'alimenter, mange pas, ou mange et fais toi vomir », c'est dur de lutter contre ça »

P3 : « ça a été une sorte de... de chose pas vraiment réfléchie »

P3 : « honnêtement je ne sais pas pourquoi je suis devenue anorexique »

5.4.2.1.3 L'annonce diagnostic : choc et soulagement

L'annonce diagnostique était souvent vécue comme un choc. Pour quelques femmes, ce choc était suivi d'une sensation de soulagement par la révélation du trouble, donc la possibilité d'une prise en charge.

P1 : « C'est pas un choc c'est une prise de conscience. C'est une prise de conscience, c'est une claque quoi : « et oh ! », et bien comme il faut »

P3 : « dès l'instant où on m'a dit anorexique ça m'a tout de suite un peu euh... un peu choqué car je ne m'attendais pas à ce diagnostic »

P6 : « c'est dur à l'entendre, quand on vous dit ça. Enfin on le sait au fond de nous, mais... Ah ça fait bizarre, on se dit : j'ai ce problème »

P6 : « Mais tant qu'on n'a pas un médecin ou quelqu'un qui... qui nous dit que : oui, c'est ça. Ben... on espère toujours de... on se dit que : non, je suis pas comme ça »

P4 : « ça permet de se dire que : ah, si c'est quelque chose du domaine du somatique, peut-être qu'on va pouvoir faire quelque chose ».

5.4.2.2 Le trouble alimentaire lié à la sphère psychologique, des signes qui le précèdent, au suivi qui s'en suit

5.4.2.2.1 Les manifestations classées en psychiatries ayant précédées les TCA

La majorité des femmes expliquaient avoir fait une dépression avant que l'on ne diagnostique le TCA.

P1 : « j'étais pas la seule à avoir fait une dépression, mais ça a commencé comme ça »

P6 : « j'étais en pleine dépression »

Les manifestations pouvaient être diverses, avec des crises d'angoisses, des mutilations, des tentatives de suicide.

P1 : « Je n'arrivais pas à m'alimenter suite à cette crise d'angoisse, crise de tétanie, spasmophilie »

P2 : « je me suis recroquevillée un peu sur moi-même et j'ai plongé encore plus là-dedans »

P2 : « je me mutilais, je me coupais les poignets et du coup »

P6 : « Quand, du coup j'ai des moments dépressifs, j'allais le voir. Franchement, je savais. Quand j'allais voir mon médecin, je me sentais pas bien, enfin... pas bien psychologiquement, on va dire »

P4 : « que j'ai fait de nombreuses tentatives de suicide aussi »

5.4.2.2.2 A la quête de la bonne thérapie

Une femme avait un idéal de « psychothérapie » qu'elle n'arrivait pas à trouver.

P1 : « Je suis pas encore tombée sur un psychothérapeute en fait »

P1 : « La psychiatre faisait office de psychothérapie mais je la voyais pas la psychothérapie »

Une autre, avait multiplié différents types de suivi, aucun ne lui convenait, et était prête à tout essayer.

P3 : « Donc après j'ai encore changé, encore changé d'équipe […] j'ai dû consulter plus d'une vingtaine enfin une quinzaine sans mentir de médecins en tout genre parce que je confonds tout hein, diététiciens, psychanalystes euh... hypnotiseurs »

5.4.2.2.3 Rencontrer des obstacles à la prise en charge espéré

Quelques femmes trouvaient que les unités d'hospitalisation adultes psychiatriques ne convenaient pas à la prise en charge des TCA.

P1 : « Les centres psychiatriques ne sont pas adaptés aux personnes ayant des troubles alimentaires»

P3 : « Ma mère a appelé plusieurs euh... hôpitaux ou cliniques qui disaient qu'ils ne pouvaient même pas me suivre de jour parce que j'étais majeure »

Certaines rencontraient des problèmes financiers quant à la prise en charge qui leur convenait au mieux.

P1 : « J'ai fait une psychanalyse, mais ça coûte cher. Il était bien le médecin, il était loin, mais c'est cher, je peux pas »

P6 : « Et cette psychologue après, ça faisait partie d'un centre... centre d'aide médico-psychologique, qui est pris par la Ville, donc j'ai été prise en charge à 100% »

P6 : « mais j'étais prête à retourner voir où elle... ma psychologue, je sais qu'elle est partie à Paris, à un moment je me suis dit : je vais aller à Paris. Mais bon après c'était... les tarifs, c'est... c'est archi-cher, quoi. Donc j'ai dit : je pourrais pas »

Une patiente exprimait le sentiment de ne pas prendre part à sa propre prise en charge.

P1 : « ils placent toujours ça, vu que c'est un trouble alimentaire, en psychologie »

P1 : « j'étais euh avec des schizophrènes, j'étais pas avec des gens euh, on m'a mélangée, c'est comme ça qu'ils font »

P1 : « Ils m'ont mis en psychiatrie »

5.4.2.3 De l'espoir du diagnostic à celui de guérison

5.4.2.3.1 Un médecin généraliste qui s'intéresse aux TCA

Certaines patientes semblaient être rassurées des connaissances du MG dans les TCA.

P3 : « elle connait pas mal de ... elle a déjà traité ce genre de troubles apparemment »

P6 : « c'est un médecin qui sait... il connait, je trouve, un petit peu. D'ailleurs, la preuve, quand c'est lui qui m'a dit : ben tenez, ça vous dirait d'en parler, voilà. Je lui dis : ben oui, bien sûr. Pareil, quand je le vois, il me demande : alors, et ça, on en est où ? Voilà, il veut savoir un peu»

5.4.2.3.2 Le souhait a posteriori d'un diagnostic plus précoce

Plusieurs femmes exprimaient leur besoin, a posteriori, d'avoir un diagnostic posé plus précocement, afin de réduire le temps vécu sans suivi. D'autres présentaient une ambivalence : elles ne voulaient pas en parler au MG mais espéraient qu'il le demande.

P2 : « ce serait bien que les médecins je pense qui disent dès les premiers signes de dire même peut-être et dire le mot vraiment... enfin que ce soit anorexie ou boulimie ou... voilà, dire le mot pour que euh... pour qu'on se confronte en fait à cette chose-là »

P2 : « En posant des petites questions ... voilà je pense que c'est... en plus voilà c'est, ça prend pas longtemps c'est juste voilà, des petites questions anodines comme ça. Mais oui je pense que ça permettrait de détecter plus tôt euh... les troubles alimentaires et euh... je pense que ce serait bien »

P6 : « Donc, on se dit, peut-être lui, il va le découvrir, vu que c'est un docteur. On croit qu'ils découvrent tout, mais... non. (rires) Mais non. Je me suis rendu compte que non »

P6 : « On se dit, vu que nous on veut pas en parler, mais on veut qu'on médecin nous aide, mais... c'est compliqué »

P6 : « Peut-être j'aurais aimé qu'ils découvrent par eux même et me posent peut-être en premier la question pour que... pour que je sois suivie avant, depuis longtemps »

P6 : « Donc j'aurais, oui, peut-être, aimé qu'il découvre avant. Le généraliste »

5.4.2.3.3 Pouvoir guérir ?

Une des femmes ne pensait pas que le trouble durerait aussi longtemps, alors qu'il évoluait depuis 2 ans. Elle pensait que personne ne pouvait l'aider, et qu'elle était seule responsable de son amélioration.

P3 : « honnêtement je ne pensais pas que ça allait être aussi long »

P3 : « A mon avis, j'ai enclenché la vitesse supérieure quand je me suis dit « XXXX t'es toute seule, tu ne peux compter sur personne euh... sur aucune aide extérieure donc si tu veux t'en sortir euh... c'est à toi de bouger tes fesses en gros et c'est toi de faire ce qui faut parce qu'au final pour reprendre du poids »

P3 : « au final comme je vous le dis les progrès que j'ai fait depuis quelques mois euh... je pense me les devoir qu'à moi-même et à mon entourage et pas forcément aux changements d'équipe»

A l'inverse, une autre avait l'impression qu'avec le suivi psychologique, elle était proche de la guérison, mais que sans aide extérieure, ce ne serait pas possible.

P6 : « ça a beaucoup évolué la maladie, vers la fin[du suivi par la psychologue], ça... ça guérissait »

P6 : « on espère toujours de... on se dit que : non, je suis pas comme ça. Ou... ça va passer, ou... je vais guérir toute seule. En fait, on croit qu'on va s'en sortir tout seul. Mais c'est impossible. Impossible»

5.4.3 Gérer son trouble alimentaire au quotidien : un fardeau et des solutions

5.4.3.1 Les conséquences néfastes du trouble alimentaire dans les différents domaines de la vie

5.4.3.1.1 Conséquences et inquiétudes engendrées sur la santé

La majorité des femmes se posaient des questions sur les conséquences du trouble alimentaire sur leur santé, leur espérance de vie. Elles en étaient inquiètes.

P2 : « j'étais crevée tout le temps »

P1 : « je n'ai plus la même vivacité, mais la même énergie qu'avant parce que je fais des carences, […] manger c'est vital pour la santé »

P4 : « maintenant j'aimerais aussi perdre du poids pour... maintenant que j'ai acquis une certaine stabilité dans la vie quand même, pour... ben pour pas perdre toutes les... quelques années... pouvoir vivre les 30 ans qu'il me reste. 30 ans, quoi, pas 25 [elle pèse 90 kgs]»

P6 : « Parce que ça...pour la santé, c'est pas bon, ça apporte des carences, des... pleins de trucs comme ça. Et... c'est inquiétant mais... C'est inquiétant mais, on peut pas faire autrement»

5.4.3.1.2 Conséquences sur l'emploi et la scolarité

Le trouble alimentaire envahissait la capacité de certaines femmes à travailler, elles se retrouvaient alors sans emploi, en invalidité, ou déscolarisées.

P1 : « je m'absentais au travail, je n'avais plus la force […] pour l'instant je ne travaille pas, euh suite à ma pathologie »

P4 : « j'ai dû arrêter de travailler, alors que j'avais un métier »

5.4.3.1.3 Isolement social

Un isolement social était décrit par quelques femmes, qui s'isolaient de leurs amis pour ne pas prendre le risque que le trouble alimentaire puisse être découvert.

P1 : « je refusais toute invitation au restaurant des amis tout ça, je savais que je ne pourrais pas manger»

P2 : « certes ça m'a enlevé le poids des cours, le stress d'aller en cours tout ça mais au final, comme on m'avait dit, je me suis recroquevillée un peu sur moi-même et j'ai plongé encore plus là-dedans »

P6 : « Non, on se cache, quoi. On se... on se détache des gens, parce que il faut... »

5.4.3.2 Le trouble alimentaire et l'entourage

5.4.3.2.1 La honte et la peur du regard des autres

Un sentiment de honte générait le besoin de cacher le trouble à l'entourage pour certaines femmes. L'une d'entre elles était même étonnée que son frère n'ait pas honte de l'image corporelle de sa sœur.

P1 : « Manger c'est lourd, ça me pèse, je peux pas manger autant qu'eux »

P4 : « mon frère m'a annoncé qu'il se mariait […] Parce qu'en plus il me demande d'être son témoin, donc euh… Je suis très euh, d'abord j'ai été très émue, après très touchée, et puis ben maintenant je me dis, j'ai jusqu'au mois de mai pour… perdre quelques kilos pour pouvoir mettre une jolie robe, et qu'il n'ait pas honte de moi […] il me demande d'être son témoin donc heu... je me dis qu'effectivement. Ben peut être qu'il fait pas attention à l'aspect extérieur de sa sœur»

P6 : « C'est l'impression... On va nous juger. Ou je sais pas... C'est bizarre comme sensation »

5.4.3.2.2 Un équilibre difficile à trouver, fragilisé par les évènements extérieurs

Quelques patientes décrivent, après une période d'amélioration du trouble alimentaire, une reprise et une aggravation suite à un élément déclenchant, tel que la perte d'un proche, ou la séparation brutale imposée par le thérapeute.

P1 : « Après y a eu le décès de ma sœur [nb : décédée d'un cancer du sein]. Rebelote, je m'alimentais moins qu'avant, mais j'avais repris une alimentation normale, j'avalais pas beaucoup, pas des grosses quantités, je faisais attention parce que j'ai pas d'accompagnement médical »

P5 : « là, mon père est décédé depuis un an, donc ça fait ressortir encore plus de choses »

P6 : « depuis que je suis plus avec elle [nb : la psychologue]... parce qu'en plus, elle m'a quitté brutalement... et ben ça a été un gros choc pour moi [nb…] Ça allait vraiment pas. Parce que, en plus... donc du coup, ma boulimie... mon anorexie-boulimie est revenue... au galop, vite fait, bien fait »

5.4.3.2.3 Un évènement faisant tomber les secrets autour du trouble alimentaire

L'une des femmes avait trouvé un moyen de cacher les vomissements, en s'enfermant à clés dans les toilettes. Un jour, suite à un incident, la serrure avait été cassée. Elle s'est alors sentie contrainte d'en parler à son MG et à son compagnon. Son système de maîtrise du trouble avait été révélé, mais elle avait finalement été soulagée de pouvoir en parler. De ne plus avoir à porter, seule, ce fardeau.

P6 : « On a été obligés de défoncer la serrure. Et là, pour moi, quand j'ai vu ça, ça a été terrible, je me suis dit : là, c'est un gros problème […] là, je me suis dit : ça va être une catastrophe. Tout de suite, j'ai pensé à ça, moi. Je me suis dit : mais, ça va être une catastrophe […] je pourrais plus m'enfermer. Je me dis... en fait j'osais... j'allais même plus vomir du coup, le fait que la porte était fermée. Ne pouvait pas se fermer. J'avais peur que quelqu'un rentre, qu'on découvre... »

P6 : « je lui en ai parlé à lui aussi. A mon compagnon. Je crois la semaine qui suivait... ce problème de porte. Ca... tout a... j'ai été obligée de dire. Enfin je sais... Il a fallu que je dise. […] Après, ça a été un soulagement quand même, parce que lui aussi... il a compris un peu, et il m'a aidée dans tout ça. Mais ça a été dur. Ca a été dur de le dire »

5.4.3.2.4 Les femmes et le désir de maternité et la peur de transmission du trouble

Deux des femmes avaient essayé d'avoir des enfants, passant par les protocoles de procréation médicale assistée sans résultat. Pour l'une cela était très difficile à accepter. Le trouble alimentaire était pour elle la cause de l'incapacité à avoir des enfants.

P1 : « mon médecin il m'a dit : « oui, mais vous avez des troubles alimentaires », du fait que voilà votre réserve ovarienne, à cause… Voilà, vous savez, si je n'avais pas cette maladie, peut

être que ma réserve ovarienne n'aurait pas diminué comme ça, je n'aurai pas eu des difficultés à enfanter, je suis tombée enceinte naturellement au mois de novembre, mais dieu n'a pas voulu que je le garde »

P4 : « Les inséminations artificielles, les FIV, tout ça avec sperme de donneur et que ça n'a pas marché. Ça n'a pas marché, euh… Ceci dit avec le recul je sais que c'est dans ma tête que ça se passait. »

L'une d'entre avait la crainte de ne pas savoir s'occuper d'une fille.

P4 : « C'est peut-être pas si mal que je n'aie pas eu d'enfant […]Peut-être que si j'avais eu des filles je n'aurais pas su faire non plus »

P4 : « je pense qu'il y a des choses qui... je pense vraiment qu'il y a des choses qui se... qui se transmettent... génération en génération. Par rapport au... par rapport à mon corps »

Une autre avait 2 enfants, et avait été étonnée que le trouble alimentaire ne cesse pas pendant la grossesse, et avait peur d'engendrer des troubles alimentaires chez ses enfants.

P6 : « Et alors que moi, je croyais, le fait d'être enceinte, je me suis dit, quand j'étais jeune, je me suis dit : oh le jour que je suis enceinte, ça s'arrêtera. Bah non. Ben non »

P6 : « c'est quand nous, à nouveau, on devient mère. De... pfffiou. Ca c'est dur. Parce qu'alors, là... Là, et depuis... et quand j'ai eu mon garçon, ça a été. Franchement, ça a été. Mais par contre, quand j'ai eu ma fille, alors là, c'est terrible »

P6 : « devenir maman, on a des inquiétudes. En plus, pendant ma grossesse quand même. Ca m'a... J'ai eu deux enfants, ça arrivait quand même beaucoup moins, c'était moins fréquent, c'est pas pareil. C'est différent, mais quand même. Je me faisais quand même vomir. Ou je mangeais... ou si, non, je restais pas une journée sans manger, c'est pas possible. Mais, ouais, quand même»

5.4.3.3 La gestion du trouble alimentaire

5.4.3.3.1 Différentes présentations du trouble alimentaire

Les patientes avaient des manifestations différentes de trouble alimentaire. Une était dans la restriction. Plusieurs se faisaient vomir. Une majorité présentait des troubles la nuit. Quelques-unes se levaient même la nuit pour manger.

P1 : « je mangeais pour me faire vomir, c'était toujours le soir ou la nuit »

P3 : « moi c'était vraiment que dans la restriction, je ne mange plus ça, je ne mange plus ça mais ça n'a jamais été autre chose […] le soir je diminuais »

P5 : « une fois je me suis rendue compte que de 17h à 23h, je n'ai fait que manger. J'ai mangé tout le temps, quoi, de 17 à 23 »

P5 : « Mais je sais pas pourquoi j'ai besoin de... de manger la nuit, quoi, c'est bête »

5.4.3.3.2 Etre dépassée par le trouble alimentaire

Certaines femmes décrivaient des périodes où le trouble devenait insupportable. La persistance du trouble dans le temps était souvent mal vécue.

P1 : « ils deviennent adultes et ça continue : regardez 45 ans, c'est lourd hein quand même »

P1 : « j'espère ça va s'arrêter un jour »

P4 :« Moi, mon corps c'est une prison. Je l'aime pas, je suis pas à l'aise avec, il me fait pas plaisir»

5.4.3.3.3 Trouver des exutoires au trouble alimentaire

L'une des femmes utilisait la religion comme moyen thérapeutique.

P1 : « Donc d'où l'importance, d'où le désir, mais le souhait de trouver un, tout est volonté de dieu, parce que je suis croyante, je vous ai dis ça aide beaucoup les gens dans mon cas »

P1 : « Parce qu'une personne qui n'est pas croyante, elle va se suicider, elle va se tuer. Et y a une phase où je voulais ça, et quand je vous dis, j'aime pas dire le mot suicide, parce que je suis croyante c'est pêché »

Une autre utilisait le travail comme moyen thérapeutique. Etant institutrice, elle cherchait à transmettre le plaisir des repas aux enfants.

P4 : « .Je crois que c'est important d'apprendre aux enfants à... à aimer manger, mais à manger sans se... sans se goinfrer, je crois qu'il y a plein plein de choses, plein de choses à faire autour de ça »

5.4.4 Le médecin généraliste, un acteur de confiance, un allié

5.4.4.1 Relation de confiance

5.4.4.1.1 Choisir son médecin généraliste

Différentes femmes exprimaient la possibilité de changer de médecin généraliste, de choisir le leur, afin de bien s'entendre avec lui.

P4 : « j'ai tout de suite quitté ce médecin et je me suis retrouvée chez l'autre médecin du village, monsieur XXXX »

P6 : « C'est vrai qu'avec lui, je me suis... je l'ai trouvé assez cool, donc ça a été... J'ai pas eu trop de mal à en parler »

P4 : « je ne pourrais pas aller voir un médecin femme »

5.4.4.1.2 Une relation de confiance avec le généraliste

Certaines femmes décrivaient une relation de confiance avec leur médecin, qui se renforçait au fil du temps. Cette relation était basée sur l'écoute et l'aide apportées à ses patients.

P1 : « Parce que le médecin généraliste, il vous suit, il vous connaît, y'a eu confiance, y'a un lien qui se fait »

P4 : « on a la chance de pouvoir aller le voir juste pour parler »

P4 : « il a fait son boulot. Moi j'attendais que ça. Quelqu'un qui m'aide »

Les qualités de prise en charge de la patientèle étaient reconnues par certaines patientes. L'une d'entre elles allait jusqu'à faire de la « pub » pour son médecin.

P4 : « on a la chance de pouvoir aller le voir juste pour parler »

P6 : « On se dit, vu que nous on veut pas en parler, mais on veut qu'on médecin nous aide, mais... c'est compliqué »

P4 : « je lui [au MG] envoie mes copines. »

5.4.4.1.3 Absence de jugement par le médecin généraliste

L'absence de jugement montré par le MG, permettait à certaines femmes de se sentir en sécurité, et d'être en confiance. Elles exprimaient alors la possibilité d'aller voir leur MG quand elles ne se sentaient moralement pas bien.

P1 : « Il a ses opinions qu'il garde bien, mais bon il est là quand même »

P4 : « quand je craquais au niveau du poids, jamais il m'a... jamais rien dit de négatif. Quand je lui redemandais, on repartait ensemble, il a jamais... il a jamais baissé les bras. Il m'a jamais dit non »

P6 : « Il est à l'écoute, et ça... ça réconforte un peu de savoir que... que voilà, si besoin, il est là, et qu'il... voilà, lui aussi »

5.4.4.2 Quelle relation avec le médecin généraliste ?

5.4.4.2.1 Les sentiments

La relation médecin-malade était décrite par deux femmes, comme une relation sentimentale très forte, voire une relation amoureuse pour l'une d'entre elles, qui éprouvait de la jalousie à devoir partager son médecin avec d'autres patients.

P1 : « Juste le réconfort, le soutien, cette relation »

P1 : « sortir de chez le médecin traitant, mon généraliste qui me dit euh… Sortir avec le sourire, ça vous donne la patate, ça vous donne envie de franchir d'autres portes »

P1 : « Mais au niveau euh, sentimental, je sais pas si c'est bien de vous dire, mais au niveau sentimental y a quelque chose qui se crée […] y'a de l'amour mais pas de l'amour comme on est amoureux du médecin, un sentiment affectif avec le médecin traitant »

P4 : « c'est une relation... ouais, c'est une relation de confiance. Je dirais même que... ça va au-delà de la relation médicale »

5.4.4.2.2 Les attentes face au médecin généraliste

Chaque personne décrivait des attentes particulières. L'une aurait aimé que le MG pose un diagnostic de TCA alors qu'elle ne décrivait aucun symptôme correspondant. L'une voulait que le MG puisse détecter et prévenir les épisodes de rechute dans le TCA. Plusieurs parlaient de l'importance pour elles de l'orientation des malades.

P2 : « je trouve que c'est bien même si bon sur le moment on râle un peu... Rrrr oh la la c'est bon... mais c'est vrai que ça permet de détecter c'est vrai si on replonge un peu »

P1 : « Si le médecin connaît son patient, il a compris qu'il allait être à son écoute, il va l'orienter sur quelqu'un qu'il connaît, qu'il connaît, qui a de l'expérience, qui a déjà traité et avec sincérité»

P4 : « Qui a toujours les bonnes adresses, qui sait où envoyer le malade »

P6 : « donc je lui disais pas : oh ben je vomis, hein. Et des fois, quand il me... il m'auscultait, je... peut-être que j'ai espéré qu'il le découvre »

5.4.4.2.3 Durée et fréquence des visites, comme un psychiatre

La fréquence de consultation et la durée de suivi par le MG était excessivement variable. Pour certaines, plusieurs consultations par mois, pour d'autres, à peine une fois par an. L'une d'entre elles exprimait le besoin de consultation de longue durée, quitte à empiéter sur le rendez-vous du patient suivant.

P1 : « Donc là je le prends encore chez mon médecin traitant, il le sait, il le sait, c'est pas un quart d'heure, c'est 20 minutes, 25 minutes, j'empiète sur l'autre rendez vous, sur l'autre patient, et il le sait, et donc il reste patient »

P5 : « Non, j'y vais très rarement. J'y vais, je sais pas... une fois par an. Des fois zéro par an »

P1 : « bah le médecin traitant ça m'est arrivé de le voir 2 fois, trois fois dans le mois, ça m'est arrivé hein »

P1 : « On vient plus souvent le voir »

P6 : « Pour avoir déjà mon ordonnance, je suis obligée tous les deux mois »

P4 : « Ah le médecin généraliste, 25 ans. On vieillit ensemble, on a à peu près le même âge, rires, on vieillit ensemble, c'est quelqu'un en qui j'ai hyper confiance, euh, en qui j'ai confiance».

5.4.4.3 Des médecins généralistes pas toujours à la hauteur des attentes et besoins des patients.

5.4.4.3.1 Devoir faire attention à ce qui est dit aux patients

Une patiente décrivait que le médecin n'avait pas réellement entendu sa souffrance quant à la perte de poids, et avait banalisé le début du trouble alimentaire, ce qui avait réduit sa confiance en la prise en charge médicale. Une autre avait été profondément blessée par les paroles maladroites de son médecin.

P3 : « ce n'était pas régulier et effectivement elle avait... enfin j'étais montée sur la balance etc... et elle a vu que j'avais perdu du poids et elle lui avait dit « ben vous lui ferez des crèmes dessert et ça ira mieux ou ben oui c'est typique des Prépas »

P4 : « ah il a évoqué les choses d'une façon extraordinaire. J'ai beaucoup beaucoup d'estomac, et... j'étais allongée sur son truc, là et... je sais plus ce que j'avais. Oh il me dit : ah vous avez l'estomac vraiment... il me faudrait un pied à coulisse pour mesurer (rires) […] Faut faire... faut faire très attention à ce qu'on dit aux gens. Quand on est médecin encore plus »

5.4.4.3.2 Quand la confiance n'est pas au rendez-vous

Les femmes qui ne consultaient que rarement leur médecin expliquaient qu'il n'existait pas de relation franche de confiance avec leur médecin. Pour elles le médecin pouvait être interchangeable pour assurer la consultation.

P2 : « franchement que j'aille voir ce médecin généraliste ou un autre que j'ai jamais vu c'est pareil quoi»

P3 : « je ne lui fais spécialement confiance »

5.4.4.3.3 Craindre la nouvelle génération de médecins

Deux patientes décrivaient la crainte de l'arrivée de la nouvelle génération de médecin. La peur principale était que les médecins de la nouvelle génération ne prennent pas le temps d'écouter les patients.

P1 : « J'espère la génération qui arrive, ça va être encore être pareil. Ils vont pas faire ça… On a peur de la jeunesse »

P4 : « c'est pessimiste ce que je dis mais euh, mais je pense que ça va être de plus en plus rare. Après il faut faire confiance aux jeunes, rires, et voilà »

P4 : « il a des stagiaires régulièrement. Donc à chaque fois, je demande : alors ça vous plait la médecine rurale ? Oui, oui, c'est très bien, j'apprends plein de choses. Ah ben vous allez vous installer à la campagne alors. Ah non (rires) ! Et puis c'est le côté enseignant, ça m'intéresse toujours [nb : elle est enseignante] »

5.5 Discussion

5.5.1 Résultats principaux pour les MG et modèle en théorisation ancrée

24 entretiens ont été réalisés chez les MG de la SFMG. Les principaux résultats sont synthétisés dans le modèle ci-dessous (cf figure 10).

La faible prévalence, le rôle perçu, la définition personnelle imprécise, un seuil pathologique mal défini et les caractéristiques propres du patient, tels que le déni et une personnalité complexe, semblaient être à l'origine du sentiment d'impuissance ressenti par les MG. Ces facteurs paraissaient aussi jouer un rôle majeur dans la perception de la prise en charge par le MG ressentie comme difficile et longue.

La difficulté des MG pour donner une définition souvent personnelle des TCA pouvait contribuer aux difficultés diagnostiques. A cela se rajoutait la difficulté de faire la différence entre une situation normale et pathologique à un stade précoce d'un TCA.

La définition personnelle des TCA par les MG n'étaient pas forcément en lien avec le DSM, certains évoquaient le TCA comme un symptôme d'une dépression, d'autres comme l'expression d'un mal être global. Les MG évoquaient également une relation pathologique à l'alimentation et au corps et dans la majorité des entretiens.

Les motifs de consultation et signes d'alerte ont été décrits par les MG : la présence d'un syndrome dépressif, un profil « typique » d'AM (jeune adulte brillante, sportive et mince), un rapport particulier à la nourriture. Des antécédents de maltraitance d'abus et des troubles de la relation dans la famille étaient régulièrement évoqués comme des facteurs favorisants l'apparition des TCA.

Les patients présentés étaient tous des patients anorexiques, souvent des jeunes femmes, adolescentes ou trentenaires. Les histoires marquantes pour les MG n'étaient jamais en lien avec une personne atteinte de boulimie. Aucun n'a parlé de situation sévère engageant le pronostic vital ou de situation de mortalité. La prescription des médicaments antidépresseurs était peu évoquée et l'utilisation d'autres médicaments également.

Pour les MG, la prise en charge des patients atteints de TCA en SP était conditionnée par une relation de confiance mutuelle, voire une alliance thérapeutique. Les MG attendaient que les patients évoquent un symptôme pour commencer la prise en charge. L'entourage, bien que présentant fréquemment un dysfonctionnement, jouait également un rôle important. Les proches des patients étaient décrits comme des aides à la prise en charge mais pouvaient aussi être des freins à la prise en charge thérapeutique ou à l'hospitalisation. En interagissant à la fois avec le MG et le patient, les proches étaient souvent à l'origine de la prise en charge et semblait plutôt jouer un rôle bénéfique dans cette pathologie.

Les MG faisaient confiance en leur propre bon sens et adoptaient une prise en charge globale dans le cadre d'un suivi.

Une prise en charge par le psychiatre était évoquée, avec des sentiments contradictoires pour les MG : le désir d'adresser à une personne plus compétente que lui-même et en même temps la peur de ne

plus contrôler la prise en charge, la peur de ne pas avoir de nouvelles du patient, voire une méfiance envers le psychiatre. Aucun autre corps de métier n'était évoqué.

L'analyse matricielle, réalisée avec l'aide du logiciel Nvivo10 a permis de construire un modèle. Nous avons réalisé 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. Ces associations n'étaient pas des associations au sens statistique du terme mais une association de termes contenues dans deux phrases inclues dans deux codes différents.
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 d'association entre ces sentiments énoncés et l'attitude du patient. Cette tendance d'association s'exprimait par la coexistence dans les mêmes paragraphes de ces deux codes.
Parallèlement nous avons regardé s'il existait une tendance d'association entre l'âge et le lieu d'exercice des praticiens et la difficulté de prise en charge. Il semblait que ce sentiment était partagé par les MG indépendamment de leur lieu d'exercice et de leur âge.

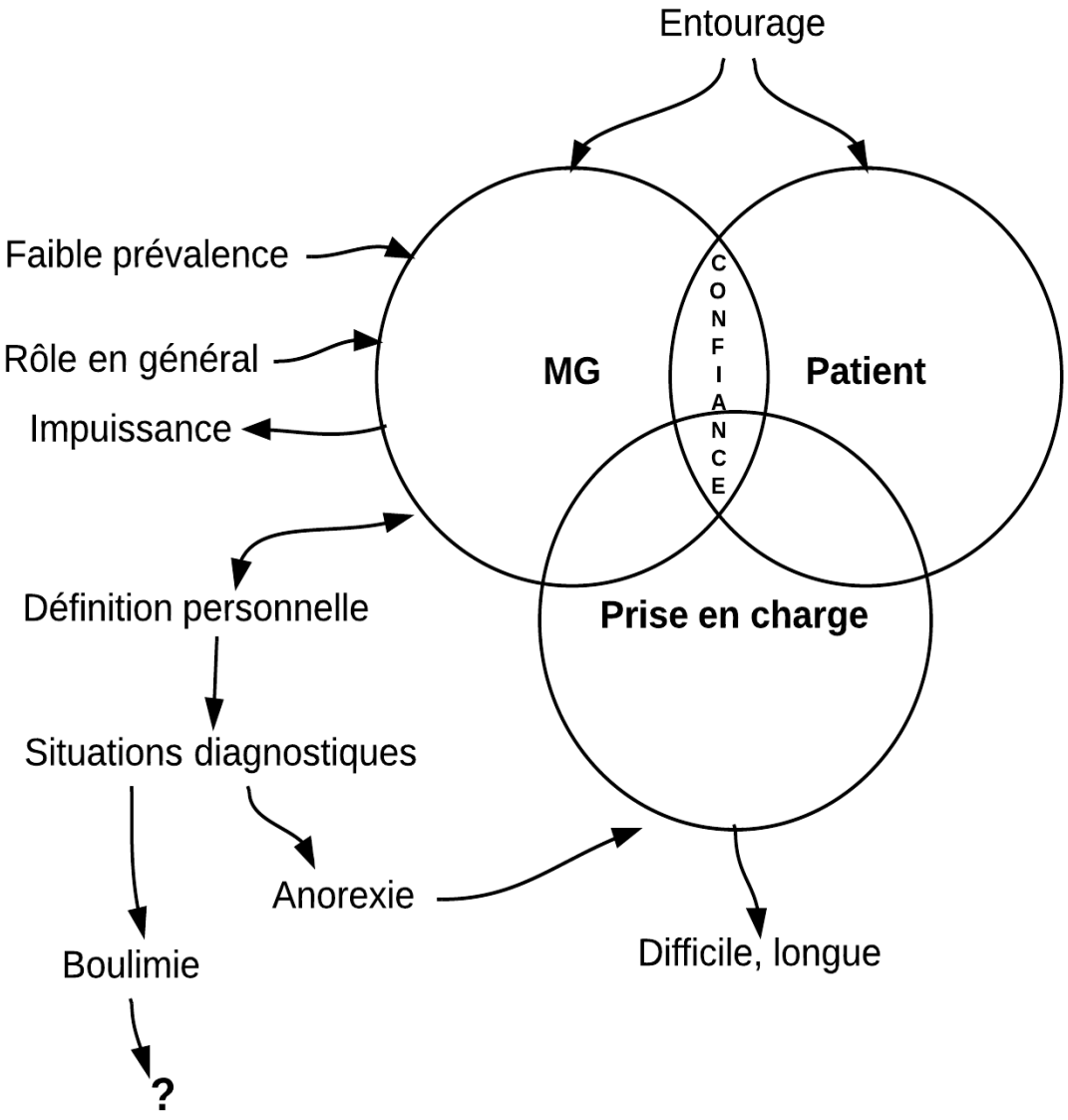


Figure 10: modèle de perception des MG de la prise en charge des patients atteints de TCA

5.5.2 Construction d'un modèle en IPA pour les patients

Six entretiens de patientes suivis par leur MG (de la SFMG) ont été réalisées. Quand les patientes exprimaient l'histoire de leur trouble, elles évoquaient régulièrement des séquelles de situations traumatisantes de l'enfance et une relation difficile avec leurs mères. Une patiente avait une mère elle-même atteinte de TCA. Leurs pères n'étaient pas évoqués dans les entretiens. Elles avaient majoritairement vécu l'annonce du diagnostic comme un choc initial puis un soulagement lié à la compréhension de leurs maux et un désir que leur trouble ait été pris en charge plus rapidement pour éviter la souffrance. Elles exprimaient un déni initial liée à l'anorexie et une honte liée aux crises de boulimie. Les TCA étaient évoqués comme un évènement extérieur à elles, incompréhensible et

envahissant. La dépression, l'anxiété, les idées suicidaires étaient souvent décrites comme des précurseurs aux TCA.

La prise en charge par un acteur de santé nécessitait une confiance de la part des patientes. Elle nécessitait aussi un MG qui s'intéresse aux TCA. Quelque fois une proximité trop importante s'établissait jusqu'à un sentiment amoureux exprimé par une patiente.

Elles avaient un sentiment de difficulté à guérir et cherchaient des solutions au quotidien : une « bonne » psychothérapie, de l'écoute, une absence de jugement. Certaines se rapprochaient de la religion. Les conséquences de leur TCA étaient très importantes : une hospitalisation, un retentissement sur leur entourage, leur emploi, leur scolarité et donc un isolement social. Quand un équilibre était trouvé, la peur d'un évènement déstabilisant, comme une séparation ou la perte d'un proche, voire le départ de l'acteur de santé était fréquente. La peur de transmettre le trouble aux enfants était également évoqué. L'entourage jouait un rôle de soutien. Le psychiatre était peu évoqué dans les entretiens, à la différence du MG et des psychothérapeutes.

Les résultats thématiques émergeant de l'analyse des verbatim, nous a permis d'aboutir à l'élaboration d'un modèle centré sur le rôle du MG (cf figure 11). Au centre de ce modèle est représenté le rôle du MG d'après le vécu des patientes, avec les solutions qu'il peut apporter et à l'extérieur, dans les 4 encadrés, les attentes des patientes envers le MG. Le rôle du MG a été défini en suivant les attentes des patientes devant les problèmes rencontrés, et se constitue de quatre catégories qui se recoupent dans la pratique du MG.

La relation de confiance était médiée par la capacité d'écoute, le soutien, l'aide apportée, l'empathie, la bienveillance. L'absence de jugement permettait de pallier au fort sentiment de honte ressentie par les patientes.

Ces notions recoupaient les compétences de l'alliance thérapeutique[128]. L'alliance thérapeutique reposait sur un ensemble de conditions : respect, engagement, solidarité, réciprocité, sentiment d'avoir été entendu par l'autre.

Pour les patients, être professionnel était fondamental afin de conserver la bonne distance et de les orienter vers le bon interlocuteur.

Le « modèle bio-psycho-social » montrait que le MG devait intégrer les notions de croyance des patientes, les interactions sociales, et les retentissements psychologiques. Il devait répondre aux besoins de prise en charge de la dépression, de l'isolement social, de la perte d'emploi et de la déscolarisation.

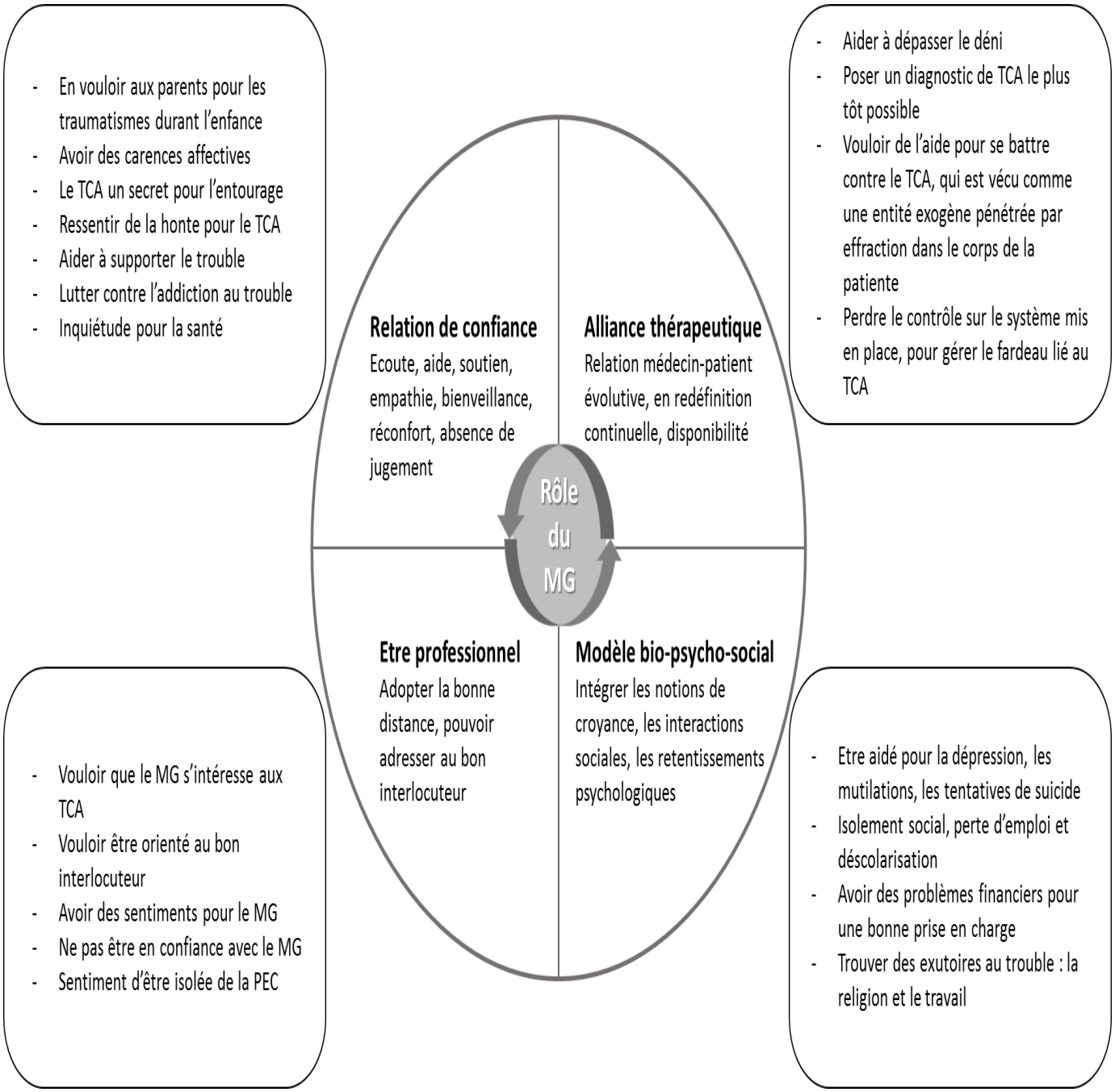


Figure 11 : modèle de perception des patients de la prise en charge de leur TCA par les MG

5.5.3 Mise en perspective des perceptions des MG avec la littérature

5.5.3.1 La définition personnelle et les situations diagnostiques

Certains MG ont utilisé des critères du DSM dans la définition personnelle qu'ils donnaient des TCA. La plupart d'entre eux évoquaient des critères plus personnels, potentiellement inspirés des situations diagnostiques observées dans leur pratique, en lien avec l'addiction, la dépression voire la maltraitance. Ces différences avec le DSM et la difficulté souvent ressentie par les MG pour donner leur définition ont pu être à l'origine de leur difficulté à diagnostiquer précocement les TCA. Ils devaient faire face à un seuil pathologique peu défini et une présentation diagnostique extrêmement diversifiée en médecine

générale. Un seul médecin a évoqué, comme décrit dans la littérature, le diagnostic face à une augmentation de la fréquence des consultations[46]. D'autres ont reconnu des signes d'alarme tels que le rapport particulier à la nourriture. L'absence de plainte du patient, la faible prévalence ressentie, le déni de la patiente, le fait que cette pathologie est souvent intriquée avec d'autres maladies psychiatriques étaient des difficultés fréquemment retrouvées dans la littérature[63 129].

5.5.3.2 Description des patients

Les caractéristiques des patients rapportés par les MG de notre étude étaient aussi retrouvées dans la littérature [130,131]:

- des femmes jeunes ayant des apports alimentaires restreints ou en excès avec des conduites compensatoires (purge, laxatifs, médicaments « brûleurs de graisses »)
- des plaintes somatiques initiales
- une aménorrhée ou des complications du TCA
- des pathologies chroniques et fluctuantes.

Le diagnostic associé de dépression décrit par les MG de notre étude était concordant avec la littérature internationale [58-59,100].

Les notions de mal-être antérieur au TCA, de troubles relationnels avec l'entourage ou d'évènement déclenchant, telles que des violences physiques ou sexuelles étaient décrites par les MG dans d'autres études[129,132-133]. L'association entre les addictions et les TCA était aussi évoquée [129].

La présentation de l'entourage, à la fois potentiellement dysfonctionnel et jouant un rôle fondamental dans la prise en charge était également concordante avec la littérature [133]. Le MG qui connaissait toute la famille devenait un atout important de la prise en charge.

La description de la réaction du patient face au diagnostic semblait correspondre à la littérature pour ce quant à l'importance du déni et des refus de la prise en charge[58]. Ce déni est étroitement lié à la difficulté de prise en charge ressentie par les MG, et responsable d'une importante augmentation de temps, de travail et d'énergie à consacrer à ces patients.

Les MG estimaient que ces troubles étaient de faible prévalence en SP, comme décrit dans plusieurs études britanniques [61,69-70].

5.5.3.3 Perception de la prise en charge

La plupart des MG ont décrit leur prise en charge comme étant difficile et longue. Ils étaient nombreux à avoir exprimé un sentiment d'impuissance, voire d'inutilité. Ces résultats étaient concordants avec ceux de la littérature [61,69-70].

Certains MG ont eu recours à une prise en charge pluridisciplinaire. Ils ont orienté leur patient vers une prise en charge spécialisée, en particulier en cas de présence de critères de gravité, comme le recommande la HAS[12]. D'autres études ont démontré que la prise en charge pluridisciplinaire permettait aux MG de pallier à leur sentiment de difficulté[63,129] ou d'incompétence. Dans une étude anglo saxonne, 59% des MG ne pensaient pas avoir les compétences nécessaires pour faire le diagnostic puis le suivi de TCA[121].

Un autre travail anglosaxon a étudié le ressenti des psychiatres concernant ces patients atteints de TCA. Ils étaient plus à l'aise dans le diagnostic que dans la prise en charge. Les psychiatres semblaient ressentir des difficultés du même ordre face au suivi de ces patients que celles décrites par les MG. Le

sentiment d'impuissance avait des conséquences importantes car il était responsable de réactions négatives du psychiatre face aux patients atteints de TCA [134]

Quelques médecins ont fait part de leurs difficultés pour accéder aux structures spécialisées ce qui correspond aux données de la littérature[61,69-70,129]. Dans une étude britannique[121], les MG ont estimé fondamental d'améliorer l'accès aux structures spécialisées. Il n'était pas cohérent selon eux de retarder la prise en charge une fois que les patients sortaient du déni et acceptaient un suivi.

Concernant la prise en charge, beaucoup de MG semblaient suivre les recommandations de la HAS. Ils étaient nombreux à vouloir utiliser la psychothérapie et l'information du patient dans leur pratique. Cependant, peu de MG 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 proches.

5.5.3.4 Perception du rôle du MG en général par les MG

Dans la prise en charge des patients atteints de TCA, les MG interrogés restaient proches de la définition de la médecine générale selon la WONCA en termes 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[36].

Ils estimaient le rôle du MG important de manière générale pour la prise en charge des patients atteints de TCA. Cette conviction pouvait être ébranlée par le sentiment d'impuissance décrit par les MG une fois qu'ils se retrouvaient réellement en face des patients.

5.5.4 Mise en perspective des perceptions des patients avec la littérature

5.5.4.1 Les origines du trouble alimentaire et son installation

Cinq des six patientes ont raconté la place de leur relation, décrite comme pathologique, avec leur mère dans la naissance du trouble alimentaire. Une mère qui était souvent décrite comme « dure », dépressive, n'apportant pas assez de vigilance et d'affection à sa fille. Cette description pouvait être mis en perspective avec la théorie du « holding » décrite par Winicott [125]. Le « holding » est l'environnement stable et capable de porter psychiquement et physiquement l'enfant. Lorsque les parents ne sont pas dans un état permettant le « holding », par exemple lorsqu'ils sont atteints d'une dépression sévère, les interactions avec leurs enfants sont probablement anormales, et participent probablement à développer des états comportementaux pathologiques par la suite. Ces interactions pathologiques en particulier lors des repas peuvent être des facteurs prédisposants la survenue des TCA.

Une des patientes décrivait avoir développé une addiction à l'alcool, en plus du trouble alimentaire, lorsque ses évènements de vie l'ont encore plus tourmentée. Des études ont montré que la population étudiante ayant des TCA présentait deux fois plus de troubles addictifs que la population témoin et avaient plus souvent des antécédents familiaux d'addiction[136]. Les étudiantes anorexiques restrictives ne consommaient pas d'alcool qu'elles jugeaient comme trop calorique. Elles consommaient surtout des médicaments anxiolytiques.

5.5.4.2 Le diagnostic et la prise en charge du trouble, les différents acteurs, et les différents aspects du trouble

Le trouble alimentaire était décrit par certaines patientes comme un évènement inattendu qui leur tombait dessus. Il était parfois décrit comme une « chose », ce que Laplantine décrit comme un ennemi extérieur[137]. Cet ennemi extérieur est l'expression du déni. La surprise liée à l'existence de la pathologie montrait probablement le fort déni lié au problème alimentaire. La honte et le déni sont des sentiments retrouvés dans une revue récente de la littérature et décrits comme les obstacles principaux à la prise en charge[138].

Dépasser le déni semblait être une étape cruciale pour les femmes interrogées. Travailler dans une relation basée sur l'alliance thérapeutique permet aux MG de poser le diagnostic et aider les patientes, et de permettre ainsi de dépasser le déni. Dans la maladie chronique, la construction de ce partenariat peut avoir comme finalité de rechercher ensemble les solutions face à l'expression de difficultés à suivre le traitement[139-140]. L'absence de connaissance des ressources thérapeutiques et des personnes ressource ainsi que les sentiments négatifs des acteurs de santé et le manque d'encouragement de l'entourage étaient des obstacles au suivi également décrits dans la littérature[138]. Certaines patientes ne trouvaient de structure adaptée, d'unité d'hospitalisation spécialisée pour les adultes. Une étude réalisée au Royaume-Uni décrivait également un développement insuffisant du réseau[69], et aussi les difficultés financières permettant de voir le psychologue choisi.

Plusieurs patientes décrivaient avoir eu des manifestations psychiatriques avant l'apparition du trouble alimentaire. L'une avait présenté des troubles anxieux. Plusieurs décrivaient une dépression, avec des éléments de gravité à type de mutilations, et des tentatives de suicide. Cette notion est décrite dans la littérature, qui évoque un fort risque suicidaire et une forte association entre des pathologies psychiatriques (dépression, anxiété) et les TCA [56 57 100].

Le trouble alimentaire avait un impact majeur sur la vie des patientes interrogées dans différents domaines. La maladie était d'évolution longue, symptomatique, nécessitant une organisation quotidienne pour gérer le trouble. Elles décrivaient un suivi pluridisciplinaire, avec différents acteurs de santé, et une importante fréquence de consultations. D'autres études avaient un constat identique avec un « fardeau » ressenti par les patients et leur entourage. Leur qualité de vie était très diminuée par rapport à la population générale et aux familles n'ayant pas de personnes atteintes de maladies psychiatriques[141-142].

5.5.4.3 Perceptions du rôle et de la place du MG

Quelques patientes décrivaient leur MG comme un acteur de confiance de la prise en charge : quelqu'un qui ne présente pas de jugement, permettant aux patientes de se sentir moins honteuses, et de pouvoir parfois parler du trouble. Certaines étaient rassurées de sa disponibilité, de son écoute, de l'aide qu'il pouvait apporter à tout moment. Dans une étude réalisée chez les patients présentant des TCA, les sentiments de soutien et de satisfaction de la prise en charge étaient majorés lorsque le MG était disponible, et souvent vu pour le TCA[143].

Une des patientes ayant une forme subsyndromique de boulimie décrivait une bonne relation de confiance avec son MG, mais paradoxalement, ne voulait pas lui dire le trouble. Ceci éclairait les

résultats d'études montrant que les patients atteints de TCA consultaient régulièrement leur MG, pour différents types de problèmes de santé, sans que les TCA ne soient détectés ni évoqués[31,54-55,107,144].

5.5.5 Comparaison des résultats des deux études qualitatives

Les résultats des études qualitatives auprès des MG et des patients concordaient sur plusieurs points. Les MG et les patientes décrivaient la prise en charge comme difficile et longue.

L'enjeu d'une bonne prise en charge dépendait d'une relation de confiance des deux acteurs, d'un côté une patiente prête à se livrer et de l'autre, un médecin prêt à écouter et confiant dans ses capacités d'écoute.

Certains éléments étaient discordants. Cinq des six patientes dans notre étude décrivaient une prise en charge pluridisciplinaire, parfois complexe, y compris pour celles qui présentaient une forme subsyndromique de TCA. Les MG évoquaient plutôt des difficultés à adresser ou à trouver un interlocuteur privilégié, d'où ce sentiment d'isolement de la part du MG.

Les MG décrivaient que la prise en charge avait débuté lorsque les patientes en avaient émis le souhait, là où paradoxalement une majorité de patientes avait souhaité débuter plus précocement la prise en charge.

La difficulté résidait donc à lever le sentiment de honte et le déni du côté des patients et le sentiment d'impuissance et d'incompétence du côté des MG.

5.6 Forces et faiblesses des études

5.6.1 Choix de deux études en miroir

L'avantage principal des deux approches résidait dans une méthodologie complémentaire. L'approche par théorisation ancrée permettait de comprendre en profondeur les perceptions du groupe des MG à propos de leur prise en charge en croisant dès le codage ouvert l'ensemble des verbatim des différents entretiens. Ceci faisait émerger des concepts similaires entre chaque MG.

L'approche phénoménologique permettait une approche par individu en restant centré sur chaque histoire et portrait des patients, en ne mettant les données des 6 entretiens ensemble que lors de la catégorisation. Ceci faisait émerger de concepts très sensitifs et intimes. Nous avons suivi les items de l'échelle COREQ 32 pour les deux études[124] . Elle est prévue pour les rapports de recherche qualitative par entretien individuel. Certains items n'ont pas été respectés par choix. La vérification des verbatim par les patientes et les MG n'a pas été effectuée. Devant le fort déni de la pathologie, et l'abondance de la production des données par les patientes, le risque de les confronter à des résultats difficiles à entendre était trop important. Pour les MG le manque de temps exprimé par ceux-ci n'a pas permis de recueillir leur avis.

Les limites de cette étude en miroir était la difficulté de rassembler les catégories et d'exprimer une cohérence globale pour deux populations d'emblée différentes. Cependant le travail de discussion a permis d'amener une réflexion, voire une explication des concepts sous-jacents et une interprétation en lien avec la littérature.

5.6.2 A propos des MG

Il n'existe, 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. Il est concordant avec une étude britannique contemporaine [61]

Notre échantillonnage national, a permis de respecter la recherche de la diversité. Néanmoins, tous les MG étaient membres de la SFMG et utilisateurs réguliers du DRC. De ce fait, leur échantillonnage n'était pas aussi diversifié que ne le serait un échantillonnage non SFMG. Nous avions fait le choix a priori de travailler exclusivement sur ces médecins avec une perspective qualitative illustrant l'étude quantitative.

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. La diversification de l'échantillon n'était pas totalement respectée puisque le sex-ratio et les catégories d'âge étaient déséquilibrés. La base de données de la SFMG contient en effet 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 reconnue[125], le langage corporel est absent et le climat de confiance probablement moindre lors d'un entretien téléphonique.

Nous avions choisi d'emblée un panel de participants réduit dès le départ au sein du réseau de la SFMG. (24 MG seulement avaient donné leur consentement). La saturation des données n'a donc probablement pas été atteinte car certaines catégories restaient à préciser.

5.6.3 A propos des patients

Il n'existe pas non plus à notre connaissance d'études françaises décrites dans un contexte de SP à propos des patients atteints de TCA. La triangulation des données a été réalisée en codant par 2 personnes le premier entretien, obtenant le même codage axial.

Les thèmes ont été déterminés suite aux résultats de l'analyse des données obtenues par les entretiens individuels. La saturation des données n'a probablement pas été obtenue, devant la difficulté pour recruter les patients. Sur une période de 9 mois, les coordonnées de seulement 6 femmes ont pu être communiquées par 3 médecins sur les 6 contactés. Cette difficulté de recrutement de patients atteints de TCA dans la population de MG est peut-être généralement un des obstacles pour réaliser des études dans cette population.

5.7 Perspectives de recherche

5.7.1 Vers une approche biopsychosociale des TCA en SP?

Nos études qualitatives reflètent une approche diagnostique des MG ne tenant pas forcément compte des définitions des TCA telles que décrites dans le DSM. Des signes d'alerte inscrits dans le parcours du patient ont régulièrement été relevés dans le travail. Des études ultérieures sur ces patients devront garder une attention particulière sur ces situations d'alerte en MG [144].

Concernant la prise en charge, les MG semblent inscrire les TCA dans une approche globale de type biopsychosociale en aidant la personne dans leurs perspectives sociales et familiales en intégrant la prise en charge des éléments de dépression[145]

Les MG ont une compétence générale de gestion du fardeau, c'est-à-dire l'impact d'une maladie chronique sur la qualité de vie globale. Cette compétence n'est pas spécifique aux TCA et les MG ont à considérer la prise en charge des troubles de la même façon que les maladies chroniques fréquentes en population de SP (diabète, cancer,…), avec les mêmes facteurs facilitants et les mêmes obstacles. Les éléments du fardeau décrit dans une étude récente sont donc à étudier dans le cadre des TCA[146].

5.7.2 Explorer l'estime de soi

Des études récentes ont montré un lien entre une faible estime de soi et l'apparition des TCA. Le sentiment marqué de honte de son propre corps à l'adolescence était un facteur précoce de l'apparition de ces troubles à l'âge adulte[147]. Notre étude retrouvait des éléments de mésestime et d'image négative de soi. Des études pourraient être menés dans des cohortes d'adolescents consultant en SP afin d'explorer l'portance de la faible estime de soi dans l'apparition des TCA.

5.7.3 Travailler sur les représentations négatives des médecins

Une étude qualitative a exploré récemment que les représentations négatives des MG à propos des patients atteints de TCA débutaient dès les études de médecine[148]. Des formations plus spécifiques à l'empathie de type Balint par exemple sont à réaliser afin de permettre le développement d'une réflexivité des acteurs de santé à propos des patients atteints de pathologies chroniques avec un pronostic réservé et un déni. Ces groupes ont pour vocation de développer des situations vécues comme difficiles par les soignants pour apprendre à les gérer par la suite[149].

6 DISCUSSION GENERALE

6.1 Reprise des principaux résultats

Objectif 1 : Faire une synthèse existante de la littérature spécifique aux SP pour savoir si un dépistage systématique des patients atteints de TCA par des MG améliorait leur pronostic et leur taux de guérison.

Une majorité de la littérature consistait en articles d'opinion sur le rôle du MG dans la détection et la prise en charge des patients atteints de TCA. La plupart des articles publiés avaient une perspective de soins secondaires et présentaient des études transversales. Seule une étude récente, avec le même objectif que notre revue de la littérature, mesurait l'efficacité du dépistage des TCA par les MG[73]. Elle retrouvait une guérison des patients atteints d'AM dans 57 % des cas et de BN dans 61 % des cas après 4,8 ans de suivi moyen. Un âge inférieur à 19 ans de détection du trouble était prédictif d'une guérison plus fréquente et plus rapide. Les patients atteints de BN semblaient guérir plus rapidement que les patients atteints d'AM. A ce jour L'impact d'un dépistage systématique des TCA chez les patients de la population générale ou en SP n'est pas connu.

Objectif 2 : Décrire une population de patients prise en charge en médecine générale pour TCA (âge, sexe, comorbidités et prescriptions associées).

1310 patients (sur 350 000 patients suivis) avaient bénéficié au moins une fois d'une prise en charge pour TCA. Les patients atteints de TCA étaient majoritairement des femmes, avec un peu plus de 8 femmes atteintes pour 2 hommes. Leur médiane d'âge de première prise en charge était de 28 ans et leur moyenne d'âge de 35,19 ans. 39,1 % ont eu plus de 2 consultations pour TCA, c'est-à-dire une amorce de suivi pour TCA. 41 % des patients avaient une prise en charge pour une AM, 26,4 % pour une BN, 32,6 % pour des TCA-NS. Pour 67,1 % des 1310 patients il s'agissait d'une première prise en charge pour TCA. 68,5 % des patients atteints de TCA avaient un profil de suivi intégré (profil C), c'est-à-dire que la prise en charge pour TCA survenait au milieu du suivi de 5,35 ans en moyenne.

32,3 % des patients atteints de TCA avaient eu au moins une fois une prise en charge pour dépression, dont 62,41 % pour la première fois. Les patients DEP étaient plus âgés que les non DEP (âge moyen : 38,32 *vs* 33,7 ans) et plus fréquemment des femmes (87,94 % *vs* 80,16 %). Concernant les types de TCA, il y avait statistiquement plus de patients DEP chez les patients atteints de BN que les autres types de TCA (40,17 % *vs* 31,98 % pour TCA-NS et 27,52 % pour AM). 18,4 % des patients atteints de TCA ont eu au moins une fois une prescription d'AD dans leur suivi. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative de fréquence de prescription d'AD entre l'AM, la BN et les TCA-NS. Les médicaments anxiolytiques ont été prescrits au moins une fois pour 43,1 % de l'échantillon pour 73,9 % des patients TCA et DEP. Les médicaments anxiolytiques ont été prescrits au moins une fois pour 43,1 % de l'échantillon, dont 50% de benzodiazépines.

Objectif 3 : Etudier dans le suivi de ces patients, à quel moment survient une prise en charge pour dépression/humeur dépressive quand elle existe.

Il y avait plus fréquemment de patients DEP ayant un suivi intégré (profil C de TCA) que pour les autres profils de suivi. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative pour les profils de suivi pour DEP entre les types de TCA. L'hypothèse selon laquelle la prise en charge pour DEP précédait la prise en charge du TCA n'était pas confirmée. 12,8 % des prises en charge pour DEP étaient concomitantes à celles du TCA et 56,0 % étaient postérieures.

Objectif 4 : Décrire les perceptions qu'avaient les MG de leur prise en charge des patients atteints de TCA.

24 entretiens ont été réalisés chez les MG de la SFMG. Les MG exprimaient un fort sentiment d'impuissance. Il semblait en lien avec la faible prévalence des TCA en SP, la perception de leur propre rôle, une définition personnelle des TCA imprécise, un seul pathologique des TCA mal défini et les caractéristiques propres du patient atteints de TCA, tels que le déni et une personnalité complexe. La prise en charge de ces patients était ressentie comme difficile et longue. Les motifs de consultation et signes d'alerte ont été décrits par les MG : un profil « typique » d'AM (jeune adulte brillante, sportive et mince), la présence d'un syndrome dépressif, un rapport particulier à la nourriture. Des antécédents de maltraitance d'abus et des troubles de la relation dans la famille étaient régulièrement évoqués comme des facteurs favorisants l'apparition des TCA.

Objectif 5 : Décrire les perceptions par les patients atteints de TCA du rôle de leur MG dans leur prise en charge et leur parcours de la maladie.

Six entretiens de patientes suivis par leur MG (de la SFMG) ont été réalisés. Elles évoquaient régulièrement des séquelles de situations traumatisantes de l'enfance et une relation difficile avec leurs mères. Elles avaient majoritairement vécu l'annonce du diagnostic comme un choc initial puis un soulagement lié à la compréhension de leurs maux. Elles exprimaient un déni initial lié à l'anorexie et une honte liée aux crises de boulimie. Les TCA étaient évoqués comme un évènement extérieur à elles, incompréhensible et envahissant. La dépression, l'anxiété, les idées suicidaires étaient souvent décrites comme des précurseurs aux TCA. La prise en charge par un acteur de santé nécessitait une confiance de la part des patientes, un MG qui s'intéresse aux TCA, à l'écoute et apportant du soutien.

6.2 Modèle de diagnostic en SP des TCA

6.2.1 Dépression et TCA : des codiagnostics d'un mal être

La littérature à propos des TCA et de ses comorbidités est riche. Dans une cohorte américaine nationale en population générale, le diagnostic de dépression sur l'ensemble de la vie des personnes atteintes de TCA était de 40 % en cas d'AM et de 50 % en cas de BN[18]. Notre étude retrouve des résultats assez proches avec une prise en charge pour une dépression/ humeur dépressive sur l'ensemble de la durée de suivi de 27,52 % des patients atteints d'AM et 40,17 % des patients atteints de BN. On voit que les patients atteints de BN ont plus souvent une prise en charge pour une dépression que les patients

atteints d'autres TCA. Deux hypothèses peuvent expliquer ce résultat. Premièrement, la fréquence de la dépression est effectivement plus élevée chez les patients atteints de BN que dans les autres TCA. Deuxièmement, la prise en charge des soignants est plus centrée sur la dépression en cas de BN qu'en cas d'AM. Une autre étude réalisée avec les MG de l'OMG retrouvait une prise en charge pour dépression de 10,7% pour l'ensemble des patients de plus de 18 ans, avec ou sans TCA[119]. Notre étude retrouvait une fréquence de dépression de 32,3 % chez les patients TCA du même âge. Ce travail confirme bien la comorbidité importante de la dépression avec les TCA (de l'ordre de trois fois plus avec une comparaison indirecte). La littérature ne donne pas de données précises sur la fréquence de TCA chez les patients déprimés. Ce chiffre semblerait plus important que la prévalence vie entière des TCA[52]. Une des limites de notre travail est de n'avoir pu illustrer ce point avec des données françaises. A noter que l'AM est aussi un élément diagnostic de la dépression.

Nous avions fait hypothèse que la dépression précédait chez le MG le TCA. Selon notre étude quantitative, la prise en charge pour dépression ne précédait pas la survenue de la prise en charge pour TCA. Néanmoins leur importante comorbidité questionne une éventuelle origine commune.
Les éléments précurseurs communs à la dépression et aux TCA ont été étudiés à plusieurs reprises. L'étude la plus récente retrouvait comme socle commun une image de soi et de son corps très négative avec une estime de soi très faible [150].
Les auteurs de l'étude insistaient sur une détection précoce de ces situations à risque (=les troubles de l'image du soi et du corps) afin d'éviter la survenue des pathologies morbides, potentiellement plus compliquées à prendre en charge. Les MG et les patients ont évoqué ces situations à risque dans notre étude qualitative et d'autres études quantitatives [133]. Nos MG précisaient la difficulté de définir à partir de quel seuil un trouble alimentaire devient pathologique. Ils semblaient moins tenir compte du diagnostic de TCA que d'un faisceau d'arguments cliniques dans une approche globale. Ils insistaient sur l'importance d'une histoire familiale complexe avec des antécédents psychiatriques chez les parents dans leur raisonnement.

Nous avons donc choisi d'illustrer ce raisonnement en rassemblant ses éléments conceptuels sous forme de modèle de diagnostic concomitant TCA/Dépression (cf figure 12).
Ce modèle montre les deux surfaces de diagnostic de TCA et de dépression, confondues dans certains moments du début de la prise en charge. Ces deux syndromes sont identifiés comme pathologiques par les MG, donc au-dessus du seuil pathologique déterminé par les MG. Sous le seuil pathologique réside un socle commun aux deux entités syndromiques

- Une mauvaise estime de soi
- Une image négative de son corps
- Des antécédents de maltraitance
- Des antécédents familiaux psychiatriques de dépression ou de TCA au premier degré

L'association de ces quatre situations de soins peu spécifiques pourrait être pour le MG un moyen de repérer des patients développant par la suite des TCA ou une dépression, avec les symptômes plus

spécifiques de ces deux syndromes. Les MG seraient plus à l'aise pour soutenir ces patients en situation de mal-être sans faire de diagnostic spécifique et suivre plus fréquemment ces patients « à risque ». Cet idée de socle commun pourrait même être appliqué aux autres pathologies mentales.

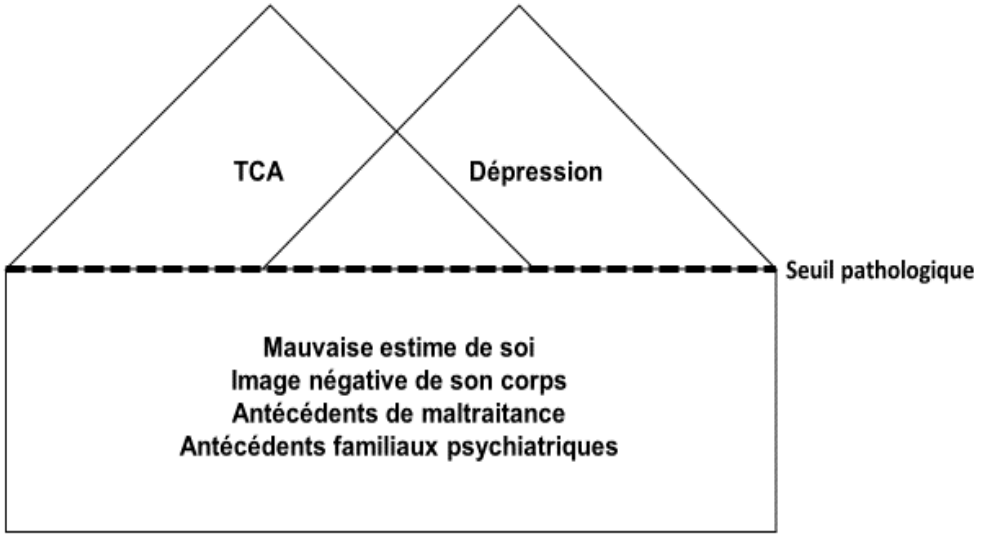


Figure 12 : modèle de codiagnostic de la dépression et des TCA en médecine générale

6.2.2 « Labelling effect » et stigmatisation

Le risque pour un acteur de santé de vouloir identifier une situation pathologique ou morbide en santé mentale pour une personne qui consulte est de stigmatiser un individu déjà en souffrance. Le « labelling effect » décrit par Goffman et repris dans de nombreux travaux est le risque de nommer les maux rapportés par le patient en tant que pathologie stigmatisante, honteuse ou engendrant de la culpabilité dans notre société actuelle[151]. Un cercle vicieux au moment du diagnostic va s'établir. Le patient ressent après le diagnostic posé par le médecin qu'il appartient à une catégorie de personnes malades stigmatisées par la société, ce qui peut être le cas des TCA (manque de volonté, hystérie, dans le déni). Il va alors se renfermer sur lui-même en accroissant ses conduites de désocialisation. Cette conduite d'isolement renforce les conséquences psychologiques de la maladie. Taylor précisait dans un de ces travaux que le diagnostic pouvait amener une personne à accroître tous les symptômes de la maladie suspectée par l'acteur de santé et à chercher un sens à leurs symptômes[152]
Cette recherche du sens peut amener certaines adolescentes à développer un sentiment d'appartenance à une communauté de malades. C'est le cas des patientes atteintes d'AM réunies autour du groupe « ANA », renforçant peu à peu leur conduite morbide[153].

Le MG peut se retrouver dans une tension difficile à gérer : établir un diagnostic le plus rapidement possible pour une meilleure prise en charge au risque de stigmatiser certaines personnes ayant des signes précoces et peu spécifiques comme décrits précédemment. D'autant que 10% des filles auront un épisode de TCA-NS dans leur vie de durée inférieure à un an et spontanément résolutif [16-17]
Les seuils pathologiques revus dans la classification DSM-5 sont des objets fréquents de discussion dans les médias[154]. Certains articles pointaient du doigt le risque de stigmatisation et le lobbying possible des institutions et de l'industrie pharmaceutique de rendre la population potentiellement à

risque de développer une maladie mentale. De plus, aux Etats Unis, c'est le DSM qui permet de déterminer les remboursements des prises en charges médicales aux Etats Unis et il est donc préférable pour les citoyens américains d'être reconnus comme malades, même s'ils ne le sont pas forcément. Ces deux phénomènes entraineraient un cercle vicieux de reconnaissance de formes subsyndromiques.

C'est dans ce contexte de risque de médicalisation de l'existence que nous avons décidé d'utiliser tout au long du travail le terme « atteint » de TCA plutôt que « souffrant » de TCA. Ce dernier terme souligne l'importance de prendre en compte la souffrance de ces troubles pour une personne. Mais le risque était de ne pas tenir compte des sentiments de la personne. Une personne atteinte de TCA peut être dans le déni et ne pas ressentir de souffrance, même une certaine satisfaction et imposer la notion de souffrance dans le diagnostic pourrait amener les médecins à apporter une opinion extérieure à celle du patient dans le diagnostic. Le terme « atteint » nous semblait plus neutre et moins stigmatisant, ceci ne retirant en rien la souffrance potentielle des patients.

6.2.3 La classification internationale des soins primaires comme outil de dépistage, repérage, détection précoce

Le MG intervenant au stade précoce et indifférencié des pathologies reconnues et classées est un acteur principal de repérage des troubles peu spécifiques. Il existe à l'heure actuelle une ambiguïté entre les termes dépistage, repérage et détection précoce. Cette ambigüité se retrouve potentiellement tout au long de l'écriture de la thèse.

Dans le cas des TCA, le dépistage est une action visant à évaluer le risque de développer une pathologie classée dans le DSM dans une population indemne de toute maladie. Ce dépistage est dit ciblé quand il s'opère dans une population plus à risque de développer une maladie, dans le cas des TCA il s'agit par exemple des jeunes femmes[57]. Les outils de dépistage disponibles pour les TCA tels que le SCOFF ont déjà été cités plus hauts et dépistent les TCA de manière indifférenciée.

Le repérage serait plutôt l'identification des situations à risque ou des signes cliniques évocateurs chez des personnes consultant en MG incitant le médecin à les surveiller [155]. L'EAT semble être un bon outil de repérage des TCA[57].

Une détection précoce est l'établissement d'un diagnostic chez une personne atteinte de troubles plus spécifiques et déjà au stade de la maladie, comme le sentiment de perte de contrôle liée à la nourriture[96-97]. Cette définition est révélatrice de la volonté des acteurs de soins secondaires à identifier précocement les pathologies afin d'en améliorer le pronostic.

Dans ce contexte, la Classification internationale des maladies (CIM 10), construite essentiellement à partir des soins de santé secondaires et tertiaires et reprenant les éléments du DSM semble peu adaptée à la médecine générale. En effet, beaucoup de diagnostics de soins de santé primaires sont classés dans le chapitre 18 « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs », du fait de leur non spécificité.

Le DRC, utilisé pour notre étude est transcodé sur la CIM-10. Il existe aussi des protocoles de transcodage vers la CISP non évalués à ce jour[102]. Le DRC ne comporte que 100 codes et regroupe

plus de 90 % des consultations de SP. Une des limites du DRC est de coder les « prises en charge ». Il ne différencie pas les motifs de consultation des résultats de consultation. Il est en plus peu utilisé dans la littérature internationale (Autriche et France seulement). C'est donc un outil valide et pertinent pour la MG mais qui présente des limites pour la comparaison des données entre les différentes bases de données aussi bien en France qu'à l'international[104].

La classification internationale des soins primaires semble être un outil de compromis intéressant de classification des procédures de soins des MG. Elle a été élaborée par la WONCA dès 1987[156]. Son originalité est de classer et de coder plusieurs éléments de la consultation en MG : motifs de rencontre, procédures de soins et problèmes de santé diagnostiqués. Cette modalité permet de tracer la démarche décisionnelle, et d'avoir ainsi une analyse dynamique du chemin clinique. Le médecin peut ainsi référencer les symptômes peu spécifiques, les situations de repérage sans forcément établir de diagnostic[156].
Plusieurs études en France évaluent la pertinence de cette classification dans le contexte de la MG[157] et discutent la construction d'outils de dépistage ou de repérage adapté à ce contexte de seuil pathologique ambigu.

6.3 Prise en charge thérapeutique des patients atteints de TCA

6.3.1 Les prises en charges thérapeutiques connues

La prise en charge de l'anorexie et de la boulimie est difficile, comme l'ont décrit les patients et médecins interrogés. Le déni et de l'ambivalence des patients face à leur maladie et à sa prise en charge y participent. Le retour au poids normal (équivalent à un IMC > 20) est le seul traitement efficace des complications à long terme de l'AM[158]. Une approche multidimensionnelle (psychologique, physique, sociale) semble être la thérapie la plus adaptée pour l'AM, en y incluant une thérapie familiale. Le travail en commun de plusieurs disciplines pour les soins de l'AM se justifie à la fois par l'étiologie multifactorielle (composantes individuelles, familiales et culturelles) et par la prise en compte de sa double composante somatique [159-161] et psychiatrique. La TCC est recommandée pour traiter les patients atteints de BN [158]. Elle a pour objectif la réduction des symptômes de mal être, des pulsions alimentaires et des conduites de purge. Il existe plusieurs obstacles à la réalisation des prises en charges recommandées dans un contexte de SP :

- Les thérapeutiques n'ont pas été clairement validées dans un contexte ambulatoire, même si celles-ci sont recommandées [13]
- Selon une étude finlandaise, seule la moitié des patients anorexiques et moins du tiers des patients boulimiques (diagnostics complets et partiels) étaient prises en charge par le système de soins [21] [24]
- Les patients prises en charge présentaient la même évolution de leur TCA que celles ceux non prises en charge[26]. En fait, la prise en charge améliorerait le pronostic des patients les plus graves en le ramenant à un niveau équivalent à celui des patients moins graves, non prises en charge. Ces études ne prenaient en compte que des femmes. Le traitement éviterait la chronicisation et l'enkystement de certains comportements

- Les critères de jugement des études sont critiqués dans la littérature récente car ils ne tiendraient pas assez compte du réel mal être des patients atteints de TCA[162]
- Les patients atteints de TCA ont des symptômes dépressifs sévères spécifiques à prendre en charge [162]

6.3.2 La prise en charge des symptômes du mal être

Plusieurs chercheurs face à ces obstacles proposent depuis les cinq dernières années des traitements visant soit :

- Premier cas : à réduire les symptômes de la dépression chez les patients atteints de TCA [163]
- Deuxième cas : à évaluer des thérapeutiques ciblées à la fois sur la dépression et les TCA [58]
- Troisième cas : à traiter les personnes ayant des symptômes de mal être précédant les deux syndromes [164-165]

Dans le premier cas, les traitements efficaces étaient la TCC, la thérapie analytique et familiale. Les patients atteints d'AM semblaient avoir moins de chance de guérir de la dépression que les patients atteints d'AMBP et de BN. La durée de prescription d'AD et la mise en place d'AD ne permettaient pas l'amélioration du pronostic de guérison de la dépression chez l'ensemble des patients atteints de TCA. Un score plus élevé d'estime de soi et de bien-être au début de la prise en charge était associé à un meilleur pronostic de guérison de la dépression et des TCA[163].

Dans le deuxième cas, les traitements proposés basés sur la TCC avaient une efficacité sur les TCA mais pas sur la dépression et le risque de récidive de la dépression chez les patients atteints de TCA[58].

Dans le troisième cas, des thérapies basées sur la TCC et le renforcement de l'estime de soi avaient comme objectif de traiter le mal être global d'une personne consultant pour des troubles peu spécifiques et en lien avec un évènement de vie. Ce mal être était défini par un sentiment de perte de contrôle de la nourriture débutant et la distorsion de l'image corporelle. Les résultats ne permettaient pas de conclure sur une diminution à long terme de début des TCA ou de la dépression, du fait d'un effectif hétérogène et limité. Mais les auteurs insistaient sur des travaux de recherche supplémentaires sur le sujet [164-165].

Le problème de l'ensemble de ces travaux de recherche est le recrutement des patients majoritairement en soins secondaires et tertiaires. Notre travail a contribué à montrer qu'ils étaient différents de ceux vus en SP.

D'après notre étude, nous suggérons que les approches thérapeutiques en ambulatoire puissent ne pas être spécifiques aux TCA ou à la dépression et servent à réduire le sentiment de fardeau de la maladie. Ce sentiment a été, décrit par les patients et les MG interrogés. Il est important de mieux définir le fardeau de ces pathologies au quotidien, c'est-à-dire en évaluant les conséquences négatives de ces maladies sur tous les plans, médicaux, psychologiques et sociaux. L'objectif est de réduire ces conséquences négatives sans forcément tenir compte des causes.

6.4 Une formation centrée sur la relation médecin-patient et des recommandations adaptées au cadre des soins primaires

6.4.1 Une formation aux compétences relationnelles et à une approche centrée sur le patient

La tension entre sous diagnostic et stigmatisation, le sentiment d'impuissance des MG face à un patient au profil psychologique considéré comme « difficile » (déni, honte, comorbidités associées, entourage ambivalent) nécessite des compétences relationnelles développées. Ces compétences ne sont pas spécifiques aux TCA et à la dépression mais permettent de prendre en charge des patients ayant une maladie chronique avec un fardeau. Plus qu'une formation spécifique aux TCA, une formation permettant de développer les compétences d'approche centrée sur le patient » et d'« approche globale » est à intégrer de façon consensuelle au sein du Diplôme d'Enseignement Spécialisé (DES) de MG. Ce sont deux des six compétences fondamentales implémentées par le collège national des généralistes enseignants (CNGE) dans la pédagogie constructiviste. Elles sont abordées dans le référentiel métier depuis la réforme du DES de MG en France en 2004[166].

Il est demandé aux internes de médecine générale d'avoir acquis les composantes suivantes de ces deux compétences

- Pour la compétence relation, communication, approche centrée sur le patient
    - En dehors des situations très complexes, mène en autonomie un entretien centré patient et structure ce dernier
    - Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux
    - Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient
    - Lors de situations et/ou de relations qui posent problème (agressivité, séduction, sympathie, rejet, etc.) construit et tente de maintenir la relation tout en se questionnant sur la nature de celle-ci
    - Communique sur ses erreurs en tenant compte de l'avis du patient et en acceptant d'être remis en cause
    - Dans les conditions habituelles, réfléchit à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage
    - Met en œuvre, avec les intervenants médicaux, médicosociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient

- Pour la compétence approche globale, complexité
    - Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée patient
    - Prend le temps nécessaire et suffisant pour explorer une situation. Laisse le temps au patient de métaboliser
    - Gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant

- Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient
- En fonction des situations, est en mesure de modifier sa posture
- Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient
- Fait la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle

Une étude Hollandaise réalisée dans un contexte de SP en cours de publication a permis de modéliser une prise en charge centre sur le patient en santé mentale[167]. Le MG est compétent dans la prise en charge et le suivi d'un patient atteint d'une pathologie mentale en tenant compte

- Des pensées du patient
- Des émotions de patient
- De son image corporelle
- De ses comportements liés à la pathologie
- Des évènements extérieurs et des conséquences de la pathologie mentale sur le bien-être du patient

6.4.2 Des recommandations françaises sur la boulimie et l'hyperphagie boulimique

Note étude quantitative a retrouvé plus de patients pris en charge en MG pour AM que pour les autres TCA. L'hypothèse discutée précédemment était que les patients atteints d'AM étaient peut-être plus « typiques » et donc diagnostiqués comme tels par les MG. Une autre hypothèse était que les MG pensaient plus souvent à l'AM dans le dépistage des TCA que à la BN. Notre étude qualitative allait dans ce sens avec une narration de situations diagnostiques des MG uniquement en lien avec des patientes atteintes d'AM. Il semble exister un scotome en France dans la littérature scientifique sur la BN. Il n'existe pas à ce jour de recommandations françaises spécifiques à la BN. Elles sont actuellement en cours de réalisation à la HAS, prévues pour 2018. Elles permettront la discussion de critères de jugement et de perspectives de recherche française. Elles n'ont été possibles que sous l'initiative de plusieurs chercheurs proches des SP, d'associations de patients et de la psychiatrie ambulatoire, plusieurs années après celle de l'AM.

6.5 Les approches communautaires

D'un point de vue sociétal, le scotome existe aussi dans les médias vulgarisés. Il semble qu'une différence fondamentale entre la France et la GB a été la révélation de Lady Diana à propos de sa BN, qui a permis la mise en place de fond spécifiques de recherche à la BN, appelée « the Diana effect »[168]. En France c'est avec les portraits de Laurence Chirac et Solenn Poivre d'Arvor, toutes les deux décédées dans les suites d'une AM que l'attention du grand public et des chercheurs s'est focalisée sur cette maladie plutôt que sur la BN. L'AM se voit physiquement, pas la BN.

La sensibilisation au grand public à ces maladies prévalentes en population générale et débutant dans l'adolescence semblerait plus efficace qu'une intervention débutant en MG, où la prévalence des TCA est faible. Dans l'univers de la prise en charge des TCA, des associations de patients, de soignants spécialisés dans ces troubles et de soignants susceptibles d'être en contact existent. La plus importante

est la Fédération Française Anorexie Boulimie[169]. Elle a pour vocation au-delà du soin de sensibiliser la population aux TCA, dans le système scolaire ou dans le milieu du travail, en dépassant la stigmatisation et les sentiments de honte et d'impuissance des personnes atteintes et des médecins. Ces approches communautaires ont déjà montré leur efficacité pour d'autres maladies chroniques telles que le diabète de type 2[170]. Contrairement à d'autres pathologies, la survenue des TCA ne dépend pas de la position sociale des patients. Il n'existe pas de gradient social concernant l'ensemble des TCA et leur prise en charge[171]. Leur prévalence semble également inchangée depuis une dizaine d'années après avoir été questionnée[172]. Les travaux de recherche sont donc à poursuivre en population générale pour identifier les obstacles à la prise en charge. La sensibilisation du grand public est probablement une stratégie utile pour un recrutement plus important de personnes atteintes.

6.6 L'approche pluriprofessionnelle : vers une amélioration de la prise en charge en SP?

Des travaux récents d'approches pluriprofessionnelles et de transfert de compétences se sont révélés prometteurs pour prendre en charge les enfants atteints de troubles alimentaires non spécifiques. Ces troubles n'étaient pas encore des TCA mais n'avaient pas de substratum organique retrouvé. Certains enfants avaient plus de 8 ans dans quelques études, âge de début possible des TCA selon le NICE[13]. Les approches ayant prouvé leur efficacité impliquaient des professionnels aux compétences complémentaires, dont certains spécifiquement formés aux TCA. Il s'agissait de MG, de psychiatres, de nutritionnistes, d'infirmiers de pratique avancé en nutrition, des orthophonistes, des psychologues. La communication et la coordination des soins étaient des facteurs essentiels à une bonne prise en charge et probablement de l'amélioration du pronostic des jeunes patients[173]. Ces interventions étaient de type intensif, c'est-à-dire avec des rendez-vous rapprochés, avec une hospitalisation possible et la mise en place de plusieurs thérapies concomitantes.

Ces approches restent à évaluer dans un contexte de SP, surtout en termes de faisabilité. Certains auteurs estiment que ce sont les approches les plus adaptées aux SP et nécessitent des travaux dans ce sens[174]. Une hypothèse de l'efficacité de ces interventions est la diminution du sentiment de solitude et d'impuissance d'un soignant face à une personne atteinte de TCA et une possibilité pour le patient d'être dans une relation de confiance avec au moins l'un des intervenants, sans peur d'être abandonné. Certains cabinets de groupe de médecins ou de centre de santé municipaux expérimentent à l'heure actuelle l'approche pluriprofessionnelle des TCA dans un contexte de SP. Par exemple à Aubervilliers l'intervention d'un MG, d'un psychiatre travaillant à la fois au centre de santé et en service de psychiatrie générale, d'une psychologue, une diététicienne. Des travaux qualitatifs sont en cours pour explorer la perception des acteurs de santé et des patients de la prise en charge.

7 CONCLUSION

La place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires s'inscrit dans une démarche non spécifique de dépistage d'une maladie potentiellement chronique entraînant de lourds handicaps. Cette démarche doit être pluriprofessionnelle en termes de soins et multidisciplinaire en termes de recherche. Elle demande des compétences développées spécifiques à la médecine générale : une approche globale tenant compte de l'entourage familial, une prise en compte de la complexité, une approche centrée sur le patient, une coordination des soins, un dépistage d'une maladie à un stage précoce et indifférencié. Les médecins généralistes ont un double enjeu : lever les obstacles au repérage et l'accompagnement des personnes malades qui peuvent bénéficier d'une prise en charge adaptée et ne pas stigmatiser des personnes étant dans un mal être qui ne se traduit pas forcément par des troubles avérés des conduites alimentaires. Ils semblent être en contact avec une population différente de la population hospitalière. Il semble également qu'un travail de sensibilisation sur la population générale, en amont du système de soins est à poursuivre. De nombreux travaux de recherche en médecine générale sont à réaliser, en tenant compte des demandes, des besoins et des attentes des patients.

En 2016, un collectif international de chercheurs sur les TCA dans the Lancet Psychiatry a formulé 10 priorités de recherche consensuelle sur les TCA[175]. Nous nous proposons de les commenter à la lumière des résultats de nos travaux en guise de conclusion.

1- **Which factors influence the duration of recovery and the possibility of complete recovery?** (*Quels facteurs influencent la durée de maintien de rémission des troubles et la possibilité de guérison complète ?)*

Comme précisé dans notre revue de la littérature, les facteurs qui influencent à long terme la guérison ne sont pas connues et il semblerait utile de poursuivre des études de cohorte en SP, dans un contexte où les patients sont très nombreux et consultent plus fréquemment qu'à l'hôpital[42-43].

2- **Which patient and disorder-related features can be used to provide more personalised treatment?** *(Quelles caractéristiques du patient et quelles caractéristiques spécifiques à sa maladie peuvent être identifiées pour un traitement plus personnalisé ?)*

La réponse à cette question passe par le principe d'approche centrée sur le patient rappelée dans notre étude qualitative avec l'identification des besoins, attentes et demandes du patient. Peterson insistait sur le fait que les perspectives du patient étaient l'outil permettant d'appliquer en pratique les thérapeutiques validées dans un contexte de recherche [176].

3- **Is it more effective to address the eating disorder symptoms first or the underlying problems?** *(Est-il plus efficace de prendre en charge les symptômes liés aux TCA ou les problèmes sous-jacents ?)*

La littérature la plus récente sur les TCA semble s'orienter vers des travaux de recherche s'intéressant aux situations diagnostiques peu spécifiques mais fréquentes à un stade précoce des pathologies. Le travail sur l'estime de soi, la confiance, l'image du corps et le sentiment de perte de contrôle étaient des pistes de soins identifiées par notre étude qualitative.

4- **What is the most effective treatment (and order of treatment) for patients with an eating disorder and a co-morbid disorder?** *(Quel est le traitement le plus efficace (et la chronologie des traitements) pour les patients ayant un TCA et une comorbidité connue ?)*

Notre étude quantitative ne retrouvait pas d'ordre chronologique de prise en charge de la dépression et des TCA en MG. Elle retrouvait également que la dépression était plus fréquente chez les patients atteints de TCA que dans la population de l'OMG. Il semblerait que le « cotraitement » des deux syndromes est indiqué voire un traitement des éléments communs précoces aux deux syndromes comme décrit dans les traitements évalués dans la littérature. Une approche globale de la situation par le MG semble être une prise en charge pertinente dans ce contexte et le suivi à long terme. Les patients de notre étude avaient plutôt envie d'être prises en charge dès les symptômes de dépression, précurseurs de leurs TCA. Ce hiatus de moment de prise en charge entre les MG et les patients est à étudier.

5- **Which treatment setting (outpatient, at home, day treatment, inpatient or residential, with or without parents) provides the best treatment outcome?** *(Dans quel contexte de soins les résultats d'une prise en charge thérapeutique sont les meilleurs (en ambulatoire, à la maison, en hôpital de jour, en hospitalisation programmée, avec ou sans les parents ?))*

La plupart de la littérature se base sur des cohortes hospitalières de patients atteints de TCA. Notre revue de la littérature montrait qu'il n'y avait pas suffisamment de données pour conclure à une efficacité d'un dépistage systématique des TCA chez les patients dans un contexte de SP par un MG sur leur pronostic et leur taux de guérison. Il est donc important de poursuivre des travaux de recherche sur des cohortes de SP pour améliorer le diagnostic et le traitement spécifiques à la MG.

6- **How can loved ones contribute to the recovery process of the eating disorder?** *(Comment l'entourage peut-il contribuer au processus de guérison des patients atteints de TCA ?)*

Notre étude qualitative montrait l'ambivalence de l'entourage familial, servant à la fois d'alliés du MG mais aussi un obstacle de prise en charge à certains moments. Des études qualitatives sur les liens entre l'entourage et les patients sont à poursuivre. Des études sur l'efficacité des thérapies familiales sont à poursuivre.

7- **Are there specific risk factors for the development of an eating disorder, and if so, how can prevention target these?** *(Y a-t-il des facteurs de risqué spécifiques au développement des TCA, et si oui comment faire une prévention ciblée de ceux-ci ?)*

Nous avons émis l'hypothèse que les situations communes aux TCA et à la dépression étaient prédictives de la survenue de ces deux syndromes (faible estime de soi, image négative de son corps, antécédents de maltraitance, antécédents familiaux psychiatriques au premier degré). La spécificité et la sensibilité, les valeurs prédictives de ces situations seraient à évaluer dans un contexte de SP, de préférence en utilisant les procédures de soins de la CISP. Il reste également nécessaire de poursuivre les travaux de prévalence et d'incidence des TCA en particulier TCA-NS, dans un contexte de SP.

8- **What is the influence of the quality of the working relationship between the treatment team and the patient on treatment outcome?** *(Quelle est l'influence de la qualité du travail relationnel entre les soignants et le patient sur les résultats positifs du traitement ?)*

L'alliance thérapeutique semble être fondamentale pour une bonne prise en charge et un suivi à long terme de ces patients. Notre étude qualitative apportait certains éléments de compréhension permettant d'émettre l'hypothèse qu'une formation non spécifique aux TCA mais à la relation médecin patient et sur l'empathie pour des MG permettrait une amélioration de la prise en charge. Des travaux de recherche seraient utiles pour évaluer l'efficacité des formations déjà délivrées par les facultés de médecine au sein des départements de médecine générale à propos de l'empathie et la compétence relationnelle sur la prise en charge des patients atteints de maladie chronique, en particulier les TCA.

9- **Is it better to use a protocol based on a guideline or to tailor treatment to the individual?** *(Est-il plus efficace d'utiliser un protocole de soins basé sur des recommandations ou un traitement* individualisé ?)

Le bon sens semblait d'après les MG de notre étude qualitative un bon outil de prise en charge, avec de l'écoute et du soutien, formulés également par les patientes. Les recommandations liées au diagnostic ne semblaient pas être l'élément essentiel de début de prise en charge des patients atteints de TCA pour les MG de notre étude. L'évaluation des approches pluriprofessionnelles en contexte de SP est à réaliser dans de futures études pour répondre à cette question. Des études évaluant l'efficacité des « self help books » (guide d'auto assistance) sont à poursuivre, notamment en validant des traductions françaises.

10- **What causes the need for self-destructive behaviour in patients with an eating disorder?** *(Quelles sont les causes de comportements d'autodestruction des patients ayant des TCA ?)*

Cette question est en lien encore une fois avec les situations d'alerte, les situations peu spécifiques et précoces. Des études en population générale sur les relations intrafamiliales sont à poursuivre. La création de cohortes pédiatriques avec une approche pluridisciplinaire, c'est à dire avec plusieurs terrains de soins et disciplinaires de recrutement sont à effectuer pour mieux appréhender ces comportements d'autodestruction, ces situations peu spécifiques et précoces.

8 BIBLIOGRAPHIE

1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition). APA, Washington: 2013. Disponible sur https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm. (consulté le 12/07/2017).

2- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). APA, Washington: 1994.

3- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition, text revision). APA, Washington: 2000.

4- Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychol Med 1979 ;9: 429-48.

5- Call C, Walsh BT, Attia E. From DSM-IV to DSM-V: changes to eating disorder diagnoses. Curr Opin Psychiatry 2013;26:532-6.

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

7- Guillaume S. Évolution de la nosologie des troubles des conduites alimentaires. La Lettre du Psychiatre 2011 ;4 :123-6.

8- Milos G, Spindler A, Schnyder U, Fairburn CG. Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. Br J Psychiatry 2005;187:573-8.

9- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edition). APA, Washington: 1980.

10- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edition, text revision). APA, Washington: 1987.

11- Huas C. Facteurs de mauvais pronostic chez des patientes hospitalisées pour troubles des conduites alimentaires. Rupture de contrat thérapeutique et mortalité. Thèse d'université. Université Paris Sud :2010.

12- Haute Autorité de santé. Guidelines, Anorexia Nervosa:Management. (traduction des recommandations de 2010). HAS, Paris : 2013. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/anorexia_nervosa_guidelines_2013-05-15_16-34-42_589.pdf. (consulté le 12/07/2017).

13- National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: recognition and treatment. NICE, London: 2017. Disponible sur https://www.nice.org.uk/guidance/ng69. (consulté le 12/07/2017).

14- Fairburn CG, Cooper Z. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. Br J Psychiatry 2011;198:8-10.

15- Beating Eating Disorders association. The costs of eating disorders: Social, health and economic impacts. BEAT, London: 2015. Disponible sur https://www.b-eat.co.uk/assets/000/000/302/The_costs_of_eating_disorders_Final_original.pdf?1424694814. (consulté le 12/07/2017).

16- 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.

17- Roux H, Blanchet C, Stheneur C, Chapelon E, Godart N. Somatic outcome among patients hospitalised for anorexia nervosa in adolescence: disorders reported and links with global outcome. Eat Weight Disord 2013;18:175-82.

18- Hudson J, Hiripi E. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. Biol Psychiatry 2007;61:348-58.

19- Roux H,Chapelon E, Godart N. [Epidemiolgy of anorexia nervosa: a review]. Encephale 2013;39:85-93.

20- Godart N, Legleye S, Huas C, Côté S, Choquet M, Falissard B, et al. Epidemiology of anorexia nervosa in a French community-based sample of 39,542 adolescents. Open J Epidemiol 2013;3:53-61.

21- Keski-Rahkonen A, Hoek H, Susser ES, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. Am J Psychiatry 2007;164:1259-65.
22- Huas C, Caille A, Godart N, Foulon C, Pham-Scottez A, Divac S, et al. Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients. Acta Psychiatr Scand 2011;123:62-70
23- Hoang U, Goldacre M, James A. Mortality following hospital discharge with a diagnosis of eating disorder: National record linkage study, England, 2001-2009. Int J Eat Disord 2014;47:507-515. doi: 10.1002/eat.22249
24- Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS, Raevuori A, Sihvola E, Bulik CM, et al. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. Psychol Med 2009;39:823-31.
25- Arcelus J, Mitchell A, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. Arch Gen Psychiatry 2011;68:724-31.
26- Suokas JT, Suvisaari JM, Gissler M, Löfman R, Linna MS, Raevuori A, et al. Mortality in eating disorders: a follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995-2010. Psychiatry Res 2013;210:1101-6
27- Huas C, Godart N, Caille A, Pham-Scottez A, Foulon C, Divac S, et al. Mortality and its predictors in severe bulimia nervosa patients. Eur Eat Disord Rev 2013;21:15-19.
28- Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. Arch Gen Psychiatry 2002;59:545-52.
29- Guerdjikova A, Mori N, Casuto LS, McElroy SL. Binge Eating Disorder. Psychiatr Clin North Am 2017;40:255-66.
30- Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. Curr Psychiatry Rep 2012;14:406-14.
31- Walsh JME,Wheat ME, Freund K. Detection, evaluation and treatment of eating disorders, the role of the primary care physician. J Gen Intern Med 2000;15:577-90.
32- Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires : Les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978 [en ligne]. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf. (consulté le 12/07/2017).
33- Institute of Medicine; Committee on the Future of Primary Care:Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow NA. IM,Washington:1996. Disponible sur https://www.nap.edu/catalog/5152/primary-care-americas-health-in-a-new-era. (consulté le 12/07/2017).
34- Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994:22;344:1129-33.
35- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005;83:457-502.
36- World Organization of National Colleges and Academic Associations of General Practitioners /Family Physicians. La définition européenne de la médecine générale/médecine de famille. WONCA Europe :2002. Disponible sur http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf. (consulté le 12/07/2017).
37- Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Questions d'économie de la santé2009 ;141 :1-6.
38- Ministère de la Santé. Réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Rapport ministériel,Paris :2009. Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id. (consulté le 12/07/2017).

39- Attali C, Compagnon L, Ferrat E, et Al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. exercer 2013;108:148-55.
40- Collège National des Généralistes Enseignants. Communiqué de presse :actualités. CNGE,Montreuil :2016. Disponible sur https://www.cnge.fr/le_cnge/cnge_communication_avril_2016/. (consulté le 12/07/2017).
41- White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. New Engl J Med 1961;265:885-92.
42- White KL. The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research. Health Serv Res 1997;32:11-21.
43- Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. New Engl J Med 2001;344:2021-5.
44- Smink FR, van Hoeken D, Donker GA, Susser ES, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa. Psychol Med 2016;46:1189-96.
45- Yeo M, Hughes E. Eating disorders-early identification in general practice. Aust Fam Physician 2011 40:108-111.
46- Ogg EC, Millar HR, Pusztai EE, Alison S, Thom AS. General Practice Consultation Patterns Preceding Diagnosis of Eating Disorders. Int J Eat Disord 1997;22:89-93.
47- Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. Curr Opin Psychiatry 2006;19:389-94.
48- King MB, Eating disorders in general practice. J R Soc Med. 1990; 83: 229–32.
49- Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. Psychiatr Clin N Am 2001;24:201-14.
50- Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. Am J Psychiatry 2009;166:1342-6.
51- Godart N, Flament MF, Perdereau F, Jeammet P. Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. Int J Eat Disord 2002;32:253-70.
52- Godart N, Perdereau F, Rein Z, Berthoz S, Wallier J, Jeammet P. Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. J Affect Disord 2007;97:37-49.
53- Lucas AR, Melton LJIII, Crowson CS, O'Fallon WM. Long-term fracture risk among women with anorexia nervosa: A population-based cohort study. Mayo Clin. Proc 1999;74:972–7.
54- Lissner L, Odell PM, D'Agostino RB, Stokes J3rd, Kreger BE, Belanger AJ, et al. Variability of body weight and health outcomes in the Framingham population N Engl J Med 1991;324:1839-44.
55- 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;31:1455-8.
56- Arcelus J, Haslam M, Farrow C, Meyer C.The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. Clin Psychol Rev 2013;33:156-67.
57- Godart N, Perdereau F, Curt F, Lang, F, Venisse JL, Halfon O, et al. Predictive factors of social disability in anorexic and bulimic patients. Eat Weight Disord 2004;9:249-57.
58- Rodgers RF, Paxton SJ. The impact of indicated prevention and early intervention on co-morbid eating disorder and depressive symptoms: a systematic review. J Eat Disord 2014;2: 30-40.
59- Godart N, Berthoz S, Rein Z, Perdereau F, Lang F, Venisse JL, et al. Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia? Int J Eat Disord 2006;39: 772-8.
60- Treille de Grandsaigne A. Quel instrument pour repérer les troubles des conduites alimentaires en soins primaires : analyse d'une revue systématique de la littérature. Thèse d'exercice,Université de Tours :2016.

61- 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.doi: 10.1080/10640260903439441.
62- Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med 1982;12:871-8.
63- Cooper Z, Cooper PJ, Fairburn CG. The validity of the eating disorder examination and its subscales. Br J Psychiatry 1989;154:807-12.
64- Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ 1999;319:1467-8.
65- Luck AJ, Morgan JF, Reid F, O'Brien A, Brunton J, Price C, et al..The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. BMJ 2002;325:755-6.
66- Zakhem E, El Hage R, Pezé T, Hurdiel R, Zunquin G, Theunynck D. [Factors associated with eating disorders in students of the University of Littoral Côte d'Opale]. RESP 2015;63:259-65.
67- Hill LS, Reid F, Morgan JF, Lacey JH. SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. Int J Eat Disord 2010;43:344–51.
68- Bursten MS, Gabel LL, Brose JA, Monk JS. Detecting and treating bulimia nervosa: how involved are family physicians? J Am Board Fam Pract.1996;9:241-8.
69- Flahavan C. Detection, assessment and management of eating disorders; how involved are GPs? Ir J Psych Med 2006;23:96-99. doi: 10.1017/S079096670000971X.
70- Tilsley L, Young M. Eating disorders in primary care -- are we doing enough? Pract Nurs 2005;30:35.
71- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: Explanation and elaboration. Br Med J 2009;339:b2700. doi: 10.1136/bmj.b2700
72- Equator Network. Key reporting guidelines. 2010. http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/. Accessed 19 October 2015
73- 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;43:130-138. doi: 10.1002/eat.20676
74- King MB. Eating disorders in a general practice population. Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. Psychol Med Monogr Suppl 1989;14:1-34
75- King MB. The natural history of eating pathology in attenders to primary medical care. Int J Eat Disord 1991;10:379-387. doi: 10.1002/1098-108X(199107)10:4<379::AID-EAT2260100402>3.0.CO;2-I
76- Aguilar Hurtado ME, Sagredo Pérez J, Heras Salvat G, Estévez Muñoz JC, Linares López ML, Peña Rodríguez E [Care by a primary care team for patients with eating behaviour disorders: identifying possibilities for improvement]. Aten Primaria 2004;34:26-31
77- Striegel-Moore RH, DeBar L, Wilson GT, Dickerson J, Rosselli F, Perrin N, et al. Health services use in eating disorders. Psychol Med 2008;38:1465-1474. doi: 10.1017/S0033291707001833
78- Van Son GE, Hoek HW, Van Hoeken D, Schellevis FG, Van Furth EF. Eating Disorders in the General Practice: A Case-Control Study on the Utilization of Primary Care. Eur Eat Disorders Rev 2012;20:410-413. doi: 10.1002/erv.2185
79- Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. Br J Psychiatry 1996;169:705-712. doi: 10.1192/bjp.169.6.705
80- Banasiak SJ, Paxton SJ, Hay P. Guided self-help for bulimia nervosa in primary care: a randomized controlled trial. Psychol Med 2005;35:1283-1294. doi: 10.1017/S0033291705004769
81- Walsh BT, Fairburn CG, Mickley D, Sysko R, Parides MK.Treatment of bulimia nervosa in a primary care setting. Am J Psychiatry 2004;161:556-561

82- Durand MA, King M. Specialist treatment versus self-help for bulimia nervosa: a randomised controlled trial in general practice. Br J Gen Pract 2003;53:371-377
83- Waller D, Fairburn CG, McPherson A, Kay R, Lee A, Nowell T. Treating bulimia nervosa in primary care: a pilot study. Int J Eat Disord 1996;19:99-103. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199601)19:1<99::AID-EAT12>3.0.CO;2-L
84- Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychol Med 1979;9:273-279.
85- Henderson M, Freeman CPL.A self-rating scale for bulimia. The "BITE." Br J Psychiatry 1987;150:18-24
86- Luce KH, Crowther JH. The reliability of the Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q). Int J Eat Disord 1999;25:349-351. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199904)25:33.3.CO;2-D
87- Franke RH, Kaul J. The Hawthorne experiments: First statistical interpretation. Am Sociol Rev 1978;43:623-643.
88- Tonkin RS. Practical approaches to eating disorders in adolescence: Primer for family physicians. Can Fam Physician 1994;40:299-304.
89- Mond JM, Myers TC, Crosby RD, Hay PJ, Rodgers B, Morgan JF, et al. Screening for eating disorders in primary care: EDE-Q versus SCOFF. Behav Res Ther 2008;46:612-622. doi: 10.1016/j.brat.2008.02.003
90- Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. J Psychosom Res 2005;59:51-55. doi : 10.1016/j.jpsychores.2004.06.005
91- Kreipe RE, Birndorf SA. Eating disorders in adolescents and young adults. Med Clin North Am 2000;84:1027-1049. doi: 10.1016/S0025-7125(05)70272-8
92- Hach I, Ruhl UE, Rentsch A, Becker ES, Türke V, Margraf J, et al. Recognition and therapy of eating disorders in young women in primary care. J Public Health 2005;13:160-165. doi: 10.1007/s10389-005-0102-5
93- Van Royen P, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, et al. The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 3. Results: person centred care, comprehensive and holistic approach. Eur J Gen Pract 2010;16:113-119. doi: 10.3109/13814788.2010.481018
94- Button EJ, Benson E, Nollett C, Palmer RL. Don't forget EDNOS (eating disorder not otherwise specified): patterns of service use in an eating disorders service. The Psychiatrist Mar 2005;29:134-136. doi: 10.1192/pb.29.4.134
95- Soler J-K, Okkes I, Wood M, Lamberts H. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. Fam Pract 2008;25:312–317. doi: 10.1093/fampra/cmn028
96- Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Loss of control is central to psychological disturbance associated with binge eating disorder. Obesity 2008;16:608-614. doi: 10.1038/oby.2007.99
97- Harrison C, Mond J, Bentley C, Gratwick-Sarll K, Rieger E, Rodgers B.Loss of control eating with and without the undue influence of weight or shape on self-evaluation: evidence from an adolescent population. J Eat Disord 2014;2:31. doi: 10.1186/s40337-014-0031-1.
98- Dixon J, Holland P, Mays N. Primary care: core values Developing primary care: gatekeeping, commissioning, and managed care. BMJ 1998;317:12
99- Fursland A, Watson HJ. Eating disorders: a hidden phenomenon in outpatient mental health? Int J Eat Disord 2014;47:422-5.

100- Courtney EA, Gamboz J, Johnson JG. Problematic eating behaviors in adolescents with low self-esteem and elevated depressive symptoms. Eat Behav 2008;9:408-414. doi : 10.1016/j.eatbeh.2008.06.001.

101- Clerc P, Boisnault P, Kandel O, Candelier D, Leeuws JL, Zilber B. Observatoire de la médecine générale: quels bénéfices pour les médecins? Rev Prat MG 2004 ;18 :569-72.

102- Rosowsky O. Le « résultat de consultation » selon RN Braun. Rev Prat MG 1989 ;72 ;65-8.

103- Duhot D, Kandel O, Boisnault P, et al. L'Observatoire de la Médecine Générale.Primary care. 2009;9:41-5.

104- Letrilliart L, Gelas-Dore B, Ortolan B, Colin C. Prometheus: the implementation of clinical coding schemes in French routine general practice. Inform Prim Care. 2006;14:157-65.

105- Falissard B. mesurer la subjectivité en santé, perspective méthodologique et statistique. 2ème édition. Paris. Masson,2008.

106- Gautam S, Jain A, Gautam M, Vihang N, Vahia VN, Grover S. Clinical Practice Guidelines for the management of Depression. Indian J Psychiatry. 2017 Jan; 59(Suppl 1): S34–S50.

107- Treasure J, Serpell L.Osteoporosis in young people. Research and treatment in eating disorders.Psychiatr Clin North Am 2001;24:359-70.

108- Abraham SF, Pettigrew B, Boyd C, Russell J, Taylor A. Usefulness of amenorrhoea in the diagnoses of eating disorder patients. J Psychosom Obstet Gynaecol 2005;26:211-5.

109- Aranha AC, Eduardo Cde P, Cordás TA.Eating disorders. Part I: Psychiatric diagnosis and dental implications.J Contemp Dent Pract 2008;9:73-81.

110- World Health Organization.ATC/DDD Index 2017. WHO 2017. Disponible sur https://www.whocc.no/atc_ddd_index/ (consulté le 22/08/2017).

111- Anzengruber D, Klump KL, Thornton L, Brandt H, Crawford S, Fichter MM. Smoking in eating disorders. Eat Behav. 2006;7:291-9.

112- Rothman KJ. No adjustments are needed for multiple comparisons. Epidemiology. 1990;1:43-6.

113- Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. Curr Opin Psychiatry 2016;29:340-5.MM

114- Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the General Practice Research Database. Minn Med 2015;98:37-40.

115- Podfigurna-Stopa A, Czyzyk A, Katulski K, Smolarczyk R, Grymowicz M, Maciejewska-Jeske M, et al. Eating disorders in older women. Maturitas 2015;82:146-52.

116- Gagne DA, Von Holle A, Brownley KA, Runfola CD, Hofmeier S, Branch KE, et al. Eating disorder symptoms and weight and shape concerns in a large web-based convenience sample of women ages 50 and above: results of the Gender and Body Image (GABI) study. Int J Eat Disord 2012;45:832-44.

117- Runfola CD, Von Holle A, Peat CM, Gagne DA, Brownley KA, Hofmeier SM, Bulik CM. Characteristics of women with body size satisfaction at midlife: results of the Gender and Body Image (GABI) Study. J Women Aging 2013;25:287-304.

118- Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) :prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. La santé de l'homme 2012 ;421 :43-5.

119- Rosman S, Le Vaillant M, Pelletier -Fleury N. Gaining insight into benzodiazepine prescribing in General Practice in France : a data-based study.BMC Fam pract 2011 ;12 :28-34.

120- Mangweth-Matzek B, Kummer KK, Pope HG. Eating disorder symptoms in middle-aged and older men. Int J Eat Disord 2016;49:953-7.

121- Green H, Johnston O, Cabrini S, Fornai G, Kendrick T. General practitioner attitudes towards referral of eating-disordered patients: A vignette study based on the theory of planned behavior. Ment Health Fam Med 2008;5:213-8.

122- Björk T, Ahlström G. The patient's perception of having recovered from an eating disorder. Health Care Women Int 2008.29:926-44.

123- Glaser B, Strauss A. Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New Brunswick (USA): AldineTransaction, 1999

124- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups, première publication en ligne le 14 septembre 2007, disponible sur:http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042 349-357.

125- Cachia M, Millward L. The telephone medium and semi-structured interviews: a complementary fit. Qual Res in Org and M: AIJ 2011;6: 265-77.

126- King N, Horrocks, Interviews in qualitative research, 1er Ed, Londres, SAGE Publications Ltd, 2010.

127- Blanchet A, Gotman P. L'entretien. L'enquête et ses méthodes. 2édition. Ed Armand Colin. Paris. 2007.

128- Bioy A, Bachelart M. l'alliance thérapeutique: historique, recherche, et perspectives cliniques.Perspectives psy 2010 ;49 :84-89.

129- Linville D, Brown T, O'Neil M.Medical providers' self perceived knowledge and skills for working with eating disorders: a national survey.Eat Disord2012;20:1-13.

130- Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-Year course and outcome predictors of anorexia nervosa. Int J Eat Disord 2006;39:87-100.

131- Herzog W, Deter HC, Shellberg D, et al. Somatic findings at 12 year follow-up of 103 anorexia nervosa patients: results of the Heidelber-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.

132- Abraham SF.Dieting, body weight, body image and self-esteem in young women: doctors' dilemmas. Yong women's health 2003;178:607-11.

133- Mazzeo S, Espelage D, Association Between Childhood Physical and Emotional Abuse and Disordered Eating Behaviors inFemale Undergraduates: An Investiga-tion of the Mediating Role of Alexithymia and Depression. Journal of Counseling Psycholog 2002;49:86–100.

134- Jones WR, Saeidi S, Morgan JF. Knowledge and attitudes of psychiatrists towards eating disorders.Eur Eat Disord Rev2013;21:84-8.

135- Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Science de l'homme Payot.468p.1989.

136- Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP. Comorbidity of eating disorders and substance abuse, review of literature. Int J Eat Disord 1994;16:1-34.

137- Laplantine F. Jalons pour une anthropologie des systèmes de représentations de la maladie et de la guérison dans les sociétés occidentales contemporaines Histoire, économie et société . Vol. 3 Numéro 4 pp. 641-650. 1984.

138- Ali K, Farrer L, Fassnacht DB, Gulliver A, Bauer S, Griffiths KM. Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. Int J Eat Disord 2017;50:9-21.

139- Bordin ES. The generalisability of the psychoanalytic concept of the working Alliance. Psychotherapy : Theory, Research and Practice, 1979, vol.16, n°3, p. 252-260.

140- Reach G. Pourquoi se soigne-t-on ? : Enquête sur la rationalité de l'observance. 2ème éd. revue & augmentée. Lormont : le Bord de l'eau. Coll. Clair & Net, 2007 ;pp. 208-222.

141- De la Rie SM, van Furth EF, De Koning A, Noordenbos G, Donker MC. The quality of life of family caregivers of eating disorder patients. Eat Disord 2005;13:345-51.

142- De la Rie SM, Noordenbos G, van Furth EF. Quality of life and eating disorders. Qual Life Res 2005;14:1511-22.

143- Halvorsen TF, Haavet OR, Rydså BJ, Skarbø T, Rosvold EO. Patients' experience of their general practitioner's follow-up of serious eating disorders. Tidsskr Nor Laegeforen. 2014;11;134:2047-51. doi: 10.4045/tidsskr.13.1222.

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

145- Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Rev med Suisse 2010 ;6 :1511-3.

146- Tran VT, Buffel du Vaure C, Cherif D, Sidorkiewicz S. Fardeau du traitement : être un patient est un travail. exercer 2016;126:167-70.

147- Gezelius C, Wahlund B, Carlsson L, Wiberg B. Adolescent patients with eating disorders and their parents: a study of self-image and outcome at an intensive outpatient program. BMC Med. 2016 Apr 14;14:69.

148- Banas DA, Redfern R, Wanjiku S, Lazebnik R. Eating disorder training and attitudes among primary care residents. Clin Pediatr (Phila) 2013;52:355-61.

149- Balint, M. 1960. Le médecin, son malade et la maladie, Paris, Payot

150- Scheffers M, van Busschbach JT, Bosscher RJ, Aerts LC, Wiersma D, Schoevers RA.Body image in patients with mental disorders: Characteristics, associations with diagnosis and treatment outcome. Comprehensive psychiatry 2017;74:53-60.

151- Goffman E. Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux (trad. fr. L. et C. Lainé), Paris, Minuit.1968

152- Taylor SE, Brown JD. Illusion and well-being: A social psychological,perspective on mental health. Psychological Bulletin 1988, 103, 193-210.

153- Brandy G. ana, mia et les autres: bienvenue dans l'enfer des troubles du comportement alimentaire. Article de journal,03/11/2014. Disponible sur http://www.lemonde.fr/pixels/article/2014/11/03/ana-mia-et-les-autres-bienvenue-dans-l-enfer-des-troubles-du-comportement-alimentaire_4514640_4408996.html.

154- Vincent C. « on assiste à une médicalisation de l'existence ». article de journal, 13/05/2013. Disponible sur http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/on-assiste-a-une-medicalisation-de-l-existence_3176453_1650684.html

155- Huas C, Aubin Auger I, Partouche H, Rat C, Boussageon R .Dépister ou ne pas dépister : comment s'y retrouver ? exercer 2016;127:216-25

156- Jamoulle M, Roland M, Humbert J, Brulet JF. Traitement de l'information médicale par la Classification internationale des soins primaires, deuxième version (CISP-2). Bruxelles : Care Editions, 2000.

157- Hsiung L, Supper I, Guerin MH, Pillot A, Ecochard R, Letrilliart L. Les procédures de soins en consultation de médecine Générale : analyse des données de l'étude ECOGEN. exercer 2014;114:162-9

158- Costa MB, Melnik T. Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: an overview of Cochrane systematic reviews. Einstein (Sao Paulo) 2016;14:235-77.

159- Gicquel L. "[Management strategies of eating disorders in adults]. Rev Prat 2008;58:167-71.

160- Godart N, Lyon I, Perdereau F, Corcos M. Eating disorders: how to treat adolescents?. Rev Prat 2008;58: 177-181.

161- Vandereycken W. The place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa: questions to be answered. Int J Eat Disord 2003;34: 409-22.

162- Brauhardt A, de Zwaan M, Hilbert A. The therapeutic process in psychological treatments for eating disorders: a systematic review. Int J Eat Disord 2014;47:565-84.

163- Mischoulon D, Eddy KT, Keshavia A, et al. Depression and eating disorders: treatment and course. Journal of Affective Disorders 2011;130:470–7.

164- Dingemans AE, van Son GE, Aardoom JJ, et al. Predictors of psychological outcome in patients with eating disorders: A routine outcome monitoring study. Int J Eat Disord 2016;49,863-73

165- Watson HJ, Joyce T, French E, et al. Prevention of eating disorders: A systematic review of randomized, controlled trials. Int J Eat Disord. 2016;49:833-62.

166- Compagnon L, Bail P, Huez JF, et al. Les niveaux de compétences. exercer 2013;108:156-64.

167- Pas L. [Aanpak in de gezondheidszorg van familiaal geweld : spreken is goud! Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KU]. Leuven,Holland.2017.

168- Morris K, Farrar T. Bulimia: The Princess Diana Eating Disorder. Article de journal 2014. Disponible sur https://www.mirror-mirror.org/princess-diana-eating-disorder.htm.

169- Fédération Française Anorexie Boulimie. AFDAS-TCA. Disponible sur http://www.anorexieboulimie-afdas.fr/.

170- Fournier C, Pélicand J, Vincent I. Enquête sur les pratiques éducatives auprès des patients diabétiques de type 2 en 2001. Rapport de synthèse général. INPES. Août 2007. Disponible sur http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnelssante/pdf/Enquete_pratiques_educatives_diabete.pdf.

171- Mulders-Jones B, Mitchison D, Girosi F, Hay P. Socioeconomic Correlates of Eating Disorder Symptoms in an Australian Population-Based Sample. Plos One 2017;doi.org/10.1371/journal.pone.0170603.

172- Litmanen J, Fröjd S, Marttunen M, Isomaa R, Kaltiala-Heino R. Are eating disorders and their symptoms increasing in prevalence among adolescent population? Nordic J of Psychiatry 2017;71:61-6.

173- Sharp WG, Volkert VM, Scahill L, McCracken CE, McElhanon B. A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard Is the Standard of Care? J Pediatr. 2017;181:116-24.e4.

174- Sangvai D.Prim Care. Eating Disorders in the Primary Care Setting 2016;43:301-12.

175- Van Furth E, van der Meer A,Cowan K. Top 10 research priorities for eating disorders. The lancet psychiatry 2016;3:706-7.

176- Peterson CB, Becker CB, Treasure J, Shafran R, Bryant-Waugh R. The three-legged stool of evidence-based practice in eating disorder treatment: research, clinical, and patient perspectives. BMC Med 2016;14;69-75.

9 ANNEXES

9.1 Annexes : guides d'entretien, journal de bord, carte heuristique et exemple 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 discutions 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?

2a (modification du guide : comment êtes vous devenus adhérents à la SFMG ?)

3. quelle est pour vous la définition des troubles des conduites alimentaires (TCA)?

3a (modification du guide : quelle est , selon vous, la définition des TCA, il ne s'agit pas de tester vos connaissances mais bien de donner la définition qui semble la plus juste)

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 récidive:

-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 ?

(b' modification du guide A la lumière de cela, vous souvenez vous avoir pris en charge un(e) patient(e) pour TCA ?)

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, prescription 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?

5a (modification du guide) racontez moi comment cela s'est passé si oui (pas de questions de relances préétablies)

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 1993et 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.

9.2 Annexe 2 : extraits du journal de bord des investigateurs

Rencontre de P1 le 28 juillet 2015 (YK)

Premier contact facile. L'interviewée est une femme très sympathique. Pour discuter, elle me propose d'aller prendre un café à l'étage d'une boulangerie qu'elle connaît bien. Nous sommes seules à cet étage, mais nous entendons tous les bruits du commerce. Le lieu me paraît étrange pour ce genre de rencontre, car nous ne sommes pas au calme. P1 parle avec la main devant la bouche, probablement à cause de la difficulté de l'histoire qu'elle me raconte. Je ne peux pas m'empêcher d'être angoissée pour l'enregistrement. J'espère tout du long qu'il sera exploitable, à cause du bruit, et des paroles murmurées. Je ne prends aucune note, car j'ai peur qu'elle interprète mes annotations, comme jugeant certaines parties de son histoire plus ou moins intéressantes. Je ne veux pas l'influencer. Je suis aussi gênée de boire mon café, ou de jeter un œil à ma feuille de questions, je ne veux surtout pas l'interrompre. J'ai une bronchite, je n'arrête pas de tousser… J'ai peur de l'interrompre et de couper son élan. Mais en fait non. Son histoire est incroyable, je suis ravie que mon premier entretien soit si productif. Je suis rassurée.

J'avais beaucoup d'appréhension pour ce premier entretien. Assez rapidement, j'ai été rassurée par le discours particulièrement productif de P1. Je suis vraiment contente de la « qualité » de l'entretien.

J'ai trouvé ça très difficile pendant toute cette rencontre de ne pas couper la parole de P1. L'écoute active est un exercice pas si simple.

<u>Mes impressions pendant le codage :</u>

P1 parle vraiment très vite, c'est difficile de suivre les idées.

Beaucoup d'informations sont contradictoires.

Elle semble amoureuse de son médecin.

Elle dénigre les anorexiques qui n'ont pas son âge.

Rencontre de P2 le 2 octobre 2015 (YK)

P2 a 21 ans, elle est très sympathique. Je la trouve gênée, du coup je le suis aussi… Nous allons nous installer dans une sorte de hall de sa faculté avec des canapés. Le lieu est un sorte d'open-space, un homme est assis proche de nous, ça me gêne. Le lieu est, je trouve, insolite pour parler de problèmes aussi profonds. Ça n'a pas l'air de déranger P2, et c'est tant mieux.

Elle parle vraiment très vite, je pense que c'est pour se retenir de pleurer. Elle rigole nerveusement, je pense que c'est sa façon de contrôler ses émotions et de ne pas craquer. Je vois bien la souffrance dans son regard quand elle me raconte son histoire.

Son histoire est très intéressante, mais je n'arrive pas à faire durer plus l'entretien (19 minutes). Une fois le dictaphone coupé, lorsque nous sommes sur le chemin du retour, avant que nos chemins ne se séparent, elle recommence à donner des informations que je ne pourrai malheureusement pas exploiter.

Je me pose plusieurs questions sur la durée de l'entretien. Est-ce qu'il a été court, parce que P2 est plus jeune que P1 ? Qu'elle a moins de vécu à raconter ? Elle a peur de dire quelque chose de travers ?

Je suis étonnée d'entendre une nouvelle fois un problème avec la mère. Je ne m'attendais pas ça.

<u>Mes impressions pendant le codage :</u>

Lors de la menace d'hospitalisation par le médecin du CMP, la mère dit « on l'hospitalise quand ? ». P2 le prend comme une forme de défense de la mère pour tester les limites du médecin. Mais je pense plutôt que la mère voulait la faire hospitaliser. Je pense que la patiente veut se convaincre que la mère est de son côté. En écoutant la patiente, on pourrait penser que l'hospitalisation était superflue, mais il faut remettre le contexte : elle se mutilait, et était asthénique secondairement à la maigreur. Elle était probablement dans le déni de la gravité de la maigreur.

« Elle a pas l'air bien », dit par son généraliste, revient plusieurs fois dans son discours. Ceci montre l'impact majeur des mots prononcés au patient.

Entretien téléphonique avec P3 le 5 octobre 2015 (JSC)

L'entretien est téléphonique

Je trouve ses réponses presque scolaires. P3 répond « en profondeur », pas de réponse en oui/non, mais j'ai l'impression de ne pas réussir à aller « plus loin ».

Je trouve l'entretien intéressant car contradictoire avec les précédents en ce qui concerne la prise en charge. Elle trouve que toute la prise en charge n'est d'aucune aide, et qu'elle s'en sort « seule ». Elle parle positivement de l'aide apportée par sa famille, et ne témoigne pas de reproche envers sa mère.

Je me demande pourquoi cet entretien est peu productif :

- Peut-être parce qu'elle est jeune et a moins de vécu ?
- Peut-être parce qu'elle a moins d'analyse sur elle-même ?
- Peut-être parce qu'elle se sent bien entourée ?

Après réflexion, je me rends compte que P3 a beaucoup insisté pour que l'entretien soit téléphonique. J'étais pourtant prêt à me déplacer. Peut-être que c'était plus facile de dire ce qu'elle ressentait du système de soins au téléphone qu'en face à face.

<u>Mes impressions pendant le codage :</u>

« C'était quelque chose que j'avais institué et que je respectais » :

-notion de rituel

- Sous-entend elle que c'est de sa faute ? Je ne vois pas en quoi elle pourrait être responsable du trouble.

Une notion de durée entre l'installation du trouble et son développement pendant la prépa.

« Je suis un peu foutue », « je suis un cas à part »… je trouve qu'elle se flagelle un peu.

Lorsqu'elle parle de l'inquiétude pour les autres patientes qui sont moins fortes et ont besoin de plus d'aide, c'est de la fausse modestie ? S'inquiète-t-elle vraiment pour les autres ? Veut-elle juste souligner le fait qu'elle est plus forte ?

Rencontre de P4 le 14 octobre 2015 (JSC)

A l'arrivée :

Accueil de la patiente chaleureux, elle paraît relativement âgée. La maison est en désordre avec des choses entassées partout. En pratique, elle est âgée de 57 ans, actuellement en invalidité secondaire pour une dépression en attendant sa retraite.

Début de l'entretien :

Assez « facile », la patiente ayant été hospitalisée récemment pour la PEC de ses troubles alimentaires dans un service spécialisé, elle a une facilité à répondre aux questions, en cherchant à aller le plus loin possible sans relance. Ce qui est peut être gênant aussi, sachant que tout ceci a déjà été formulé récemment à plusieurs reprises.

Il s'agit du 4ème entretien. Je remarque, probablement par hasard, des:

- « elles en veulent à leur mère » : La première patiente depuis son mariage forcée. Cette patiente depuis son enfance sur différents sujets : tentative de suicide répétées de la mère, dégoût de cuisiner de la mère (a mangé la même soupe tous les soirs…), rapport étrange au corps de sa fille (laisse une amie lui toucher les seins -> attouchement ; lui demande de laver ses sous-vêtements à la main).

- « recours à la PMA » sans résultat, même si contrairement à P1, elle dit ne pas regretter de ne pas avoir d'enfant.

Dans l'entrebâillement de la porte, lorsque nous nous saluons, elle me fait des dernières révélations, pour elle le trouble alimentaire s'étend dans d'autres domaines, comme le jeu et le rangement

Mes impressions pendant le codage :

Son histoire sur la maternité, « c'est mieux comme ça […] je n'aurais pas su m'occuper d'une fille », me donne l'impression qu'elle cherche à « rompre le sort » en n'ayant pas eu d'enfant.

Elle explique ne jamais avoir eu de geste tendre de sa mère, de ne jamais avoir vu ses parents ayant des gestes tendres l'un pour l'autre. Mais elle ne parle pas du père, pourquoi ?

Elle en veut à sa mère qui n'a rien fait quand le trouble s'est installé, mais d'un autre côté, elle raconte la consultation chez le spécialiste où l'avait emmenée sa mère, certes qu'une seule fois. Sa mère avait l'air d'être très dure et difficile, mais néanmoins était-elle ouverte à la discussion avec elle ?

Rencontre de P5 le 09 janvier 2016 (YK)

Charmante femme d'une quarantaine d'années me recevant dans sa maison.

Je réussis pour la première fois à me présenter comme une étudiante en sociologie.

Elle me sert un thé que je n'ose pas boire pendant l'entretien de peur de l'interrompre. Je ne veux pas qu'elle puisse penser que je ne m'intéresse pas à son histoire qu'elle me raconte.

Au début de l'entretien, sa fille passe dans le salon pour prendre quelque chose, mais retourne ensuite à l'étage dans sa chambre. Nous sommes au calme. Je me rends compte que c'est la première patiente ayant des enfants.

Au début de l'entretien, je suis déçue quand la patiente explicite sa prise de poids depuis la ménopause et le cancer de la thyroïde.

L'entretien est assez court, ça me frustre, je me demande si c'est parce que je me suis présentée comme étudiante en sociologie. Puisque dans les 4 précédents entretiens, deux étaient courts, et les patientes âgées de moins de 30 ans, et deux étaient longs, chez des patientes âgées de plus de 40 ans… Je ne peux pas expliquer la durée de cet entretien.

Je trouve intéressant qu'elle ne veuille pas parler de ses troubles alimentaires à son médecin.

<u>Mes impressions pendant le codage :</u>

Je trouve la patiente mignonne, à parler de doudou, et de chocolat. Et aussi d'être critique sur son comportement, ce qui l'a fait consulter un spécialiste. Mais elle est clairement dans un déni partiel à cacher ses réveils nocturnes pour aller manger, à ses filles et au médecin.

Tentative de rencontre d'une patiente le 21 mars 2016

Malheureusement à l'arrivée au domicile de la patiente, personne n'est là. Je finis par appeler sa mère, qui m'explique qu'elle est hospitalisée depuis 4 jours, alors qu'elle sortait d'un an et demi d'hospitalisation 2 semaines plus tôt. Je crains le pire.

Rencontre de P6 le 30 mars 2016

J'arrive de nouveau à me présenter comme étudiante en sociologie.

Elle m'accueille chaleureusement chez elle, et me sert un café.

Je suis un peu perturbée qu'elle laisse la télévision allumée sur la chaîne des clips vidéo en coupant le son, et qu'elle reste assise en face.

Son histoire me touche car elle parle beaucoup de sa fille lorsqu'elle était bébé, sachant que j'ai une fille de 15 mois au moment de la rencontre.

Je suis vraiment contente de l'entretien, et de cette rencontre, qui permet d'avoir réellement un nouveau profil pour l'étude, surtout après l'échec de la semaine précédente.

9.3 Annexe 3 : Guide d'entretien des patients

1.Etes-vous suivi par le même médecin généraliste depuis les années 90 ou 2000?
- Quand l'avez-vous vu pour la dernière fois ?
- Quand a-t-on évoqué que vous souffriez de *trouble alimentaire* (utiliser le terme qu'il/elle utilise sinon dire « trouble alimentaire) ?

2.Comment s'est fait le diagnostic ?

3.Que pensez-vous de ce diagnostic ?
- Pouvez-vous me raconter votre prise en charge actuelle ?
- Pensez-vous avoir donné des indices sur votre mal-être à votre entourage ou à certains soignants ? Si oui lesquels ?
- Si vous pouviez changer un moment de votre prise en charge, quel moment ce serait ?

4 .Comment cela aurait changé les choses ?
- Pensez-vous avoir donné des indices sur votre mal-être à votre entourage ou à certains soignants ? Si oui lesquels ?
- Avec le MG :

5.Si le MG a déjà été évoqué : Comment décririez-vous votre relation avec votre médecin généraliste ? Sinon, pouvez-vous me raconter si vous avez rencontré un autre médecin généraliste ces dernières années ?

6.Racontez-moi vos consultations. Combien y'en a-t-il eu ces derniers mois, années…?

7.Avez-vous déjà évoqué votre trouble alimentaire avec lui ?et à quelle occasion ?

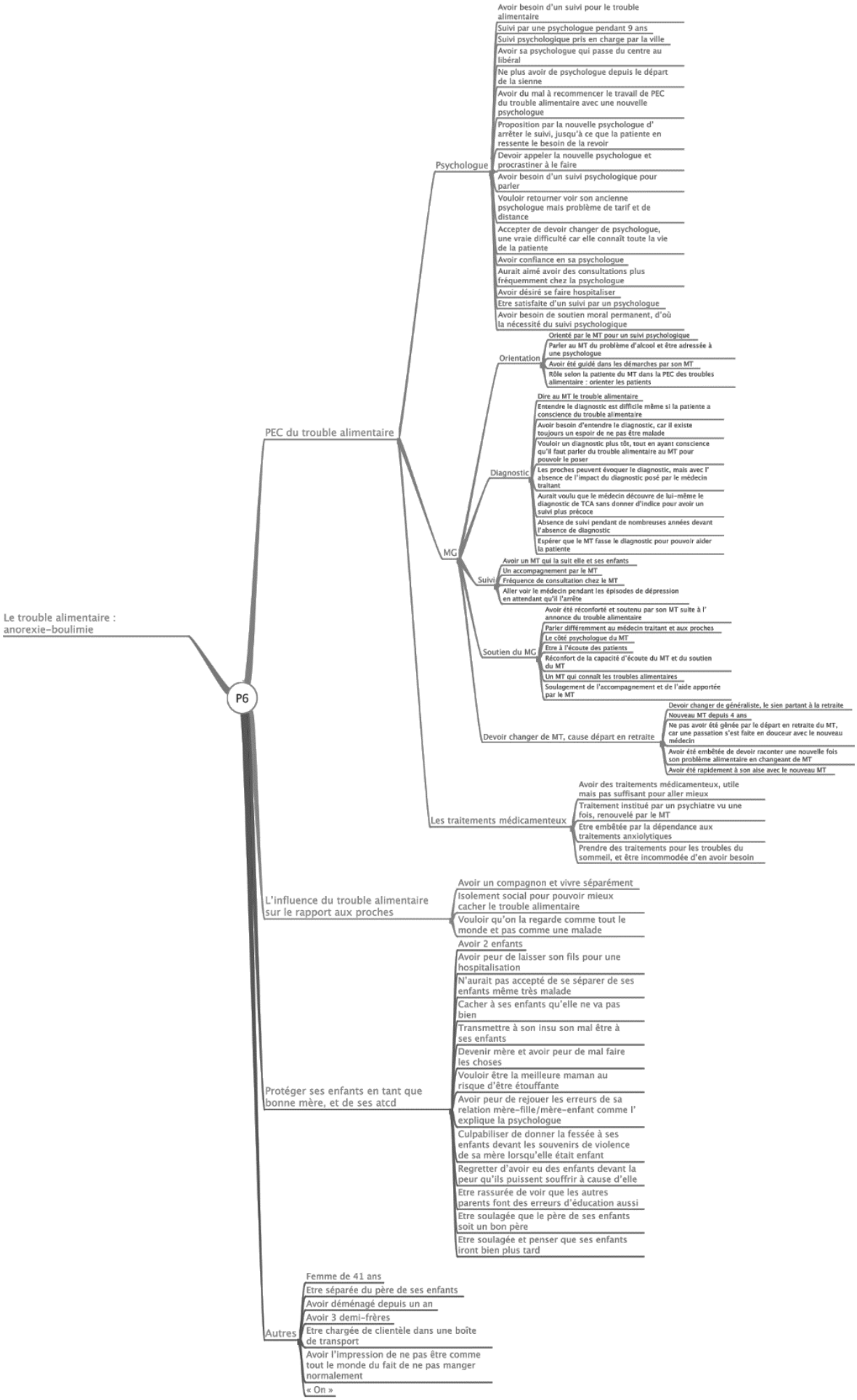
8.Qu'auriez-vous attendu de sa part ?

9.Qu'attendez-vous maintenant de sa part ?

10.Selon vous, à quel moment votre médecin généraliste aurait-il pu intervenir dans votre prise en charge ? (*s'il n'est pas intervenu avant*.)Pensez-vous qu'il devrait le faire ?

Renseignements : âge, sexe, traitement, filière et niveau d'étude, mode de vie, activités extra scolaires et niveau scolaire

9.4 Annexe 4 : exemple de carte heuristique P6



9.5 Annexe 5 : exemple entretien MG (MG3JS)

Investigateur : C'est parti. Donc on commence par une petite question où je vous propose de me dire un petit peu comment vous travaillez, et puis depuis combien de temps vous êtes dans ce cabinet et quel a été un petit peu votre parcours ?

MG3 : D'accord. Donc euh... moi je suis médecin généraliste depuis 1992. Donc ça fait 22 ans. J'ai travaillé d'abord seul puis avec des remplaçants réguliers. Puis je me suis associé en 2000 avec une collègue qui est là, le docteur. Et puis en 2006, on a ouvert une maison de santé pluri professionnelle où on est médecin, infirmier, kiné euh... psychologue, donc professionnelle…

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Donc c'est une maison qu'on a construit à l'époque où on ne parlait pas de maison de santé pluri professionnelle, donc on l'a construit pour nous d'abord et pour nos patients.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Avant de le construire pour un problème de santé publique euh... voilà. sinon j'ai une activité de recherches au sein de la Société Française de Médecine Générale…

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : … depuis 20 ans que je me suis installé et depuis euh... 7-8 ans, j'ai une activité d'enseignement à la Faculté

Investigateur : D'accord.

MG3 : Voilà !

Investigateur : Et vos activités de recherches elles sont centrées autour de quoi ?

MG3 : Euh... ben… j'ai précédemment travaillé sur euh... l'observatoire d'épidémiologique de la médecine générale.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Donc ça, ça m'a pris 20 ans. Voilà. Et puis sinon on travaille pas mal sur des concepts, enfin sur la définition du support théorique de notre profession quoi. Voilà, donc actuellement on travaille sur l'épisode de soins, un travail de synthèse sur l'épisode de soin euh... voilà. Sinon je fais des thèses, avec des travaux de recherches.

Investigateur : Mmh, mmh. D'accord.

MG3 : 3 par mois Rires...

Investigateur : Ah oui.

MG3 : Là j'ai 3 thèses qui étaient passées… Donc ça fait des journées bien pleines.

Investigateur : Oui j'imagine. Rires... C'est bien que vous habitiez à côté Rires... Très bien. Euh... Alors, si on rentre dans le vif du sujet, est-ce que vous pourriez me donner votre définition

des Troubles des Conduites Alimentaires, d'une façon complètement informelle hein ? Ce que c'est pour vous, ce que vous mettez là-dedans…

MG3 : Oui de toute façon, moi je ne suis pas très euh... académique donc euh...

Investigateur : C'est parfait Rires...

MG3 : Euh... moi c'est principalement euh... enfin pour moi c'est des gens qui ont euh... qui ont une vision de l'alimentation qui euh... qui font porter à l'alimentation euh... un sens qui n'est pas le sens de nourrir le corps quoi. Donc qui vont avoir une vision perturbée de euh... de ce que c'est que l'alimentation. Euh... soit pour s'automutiler parce que, il y a eu une souffrance à un moment donné et euh... ils rejettent leur corps donc euh... ils se font souffrir enfin des choses comme ça. Mais c'est vraiment, c'est principalement une perturbation de la vision que peut avoir une personne du sens de l'alimentation. Et non pas pour faire marcher la machine.

Investigateur : Qu'est-ce que vous mettriez dedans, comme pathologie disons qu'on connaît ?

MG3 : Euh... ben euh... l'anorexie, la boulimie euh... euh... silence... l'obésité. Une certaine forme d'obésité en tous cas. Euh... Après… Silence, je ne sais pas après c'est plus compliqué mais dans le diabète des fois il y a des comportements euh... enfin disons qu'on a des comportements particuliers dans ces maladies métaboliques aussi. Qui ne sont pas obligatoirement dans l'obésité ou dans la boulimie évidemment mais…

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : … on a vraiment des personnes qui ont des troubles enfin, des Troubles du Comportement par rapport à l'alimentation qui sont, qu'il faut résoudre si on veut être efficace.

Investigateur : Alors je vous propose de vous donner les choses qu'on a mis dans la définition, selon le DRC avec les recommandations de bonnes pratique, donc l'anorexie, la boulimie comme vous avez évoqué et puis je vous propose de faire en fait le listing et sur chaque élément vous me dites ce que ça vous évoque ou si ça vous rappelle un patient, quelque chose comme ça… Donc on a également l'alternance entre la boulimie et l'anorexie.

MG3 : Bien sûr… ça oui. C'est plus rare quand même. Moi j'ai plutôt soit des anorexiques soit des boulimiques euh... Il y a aussi les patients qu'on ne connaît pas c'est-à-dire qu'il y en a un certain nombre dont on ne se rend pas compte, si on ne creuse pas. Euh... de la pathologie liée à l'alimentation. Et euh... mais c'est vrai que moi je suis plus… j'ai quelques patients anorexiques dont une qui est très sévère euh... je veux dire, c'est quelque chose qui marque quoi. Parfois ça marque moins sur les… autres euh... pathologies.

Investigateur : Vous dites si on ne creuse pas ?...

MG3 : Euh... je pense souvent chez les enfants où euh... où il y a parfois des comportements euh... au moment de la préadolescence, et qui sont euh... on peut passer à côté, enfin c'est une prise de poids modérées au départ euh... et puis ben si on ne fait pas attention, si on ne construit pas la courbe de poids, si on ne regarde pas on peut passer à côté pendant 2 ans quoi. Et après c'est plus compliqué. Moi j'utilise beaucoup les courbes de poids avec les enfants. Justement ! Parce que ça me permet de travailler ça avec eux quoi.

Investigateur : Et en dehors de la période de l'enfant du coup on a pas vraiment cette courbe sur laquelle on peut se, se rapporter quand vous dites creuser du coup, comment vous allez creuser avec une autre population de patients ?

MG3 : Ben déjà creuser ça veut dire y penser. Enfin euh... se poser la question de savoir comment les gens mangent. C'est pas très fréquent en fait. Bon a les contraintes que l'on a dans notre profession mais ce n'est pas toujours facile d'aller prendre le temps euh... de euh... d'abord de dire « oh ben tiens, c'est quoi votre façon de manger, comment vous mangez, est-ce que vous vous asseyez à table, est-ce que vous faites des repas équilibré euh... ? ». Ça c'est quand même assez rare ! Je pense qu'on ne le fait pas assez. Enfin je veux dire, il y a un certain nombre de pathologies où on pourrait… Nous on a une diététicienne ici donc euh... on est encore plus dans l'analyse de l'alimentation mais je pense que ça mériterait qu'on y fasse plus attention oui. Parce que euh... on est… on n'est pas obligé, ce n'est pas écrit sur le bout du nez de la patiente ou du patient. Donc euh... c'est… ça se voit quand il y a une obésité ou quand il y a, enfin ça se voit, on peut se poser la question facilement quand il y a un trouble comme celui-là mais sinon il y a d'autres situations où il y a probablement des choses à travailler… Alors je ne sais pas si ça rentre tout le temps dans les TCA mais en tous cas avec une alimentation perturbée.

Investigateur : Et en dehors de toute plainte euh... évidente ou de symptômes euh... est-ce que vous pensez à des plaintes cachées qui pourraient vous amener à y penser ?

MG3 : Silence. Ben moi il y a deux catégories de patients où… j'essaye d'y penser mais sans être à 100% mais euh... c'est d'une part les gens qui euh... ont des troubles type obésité, surcharge pondérale ou même variation de la courbe de poids. C'est-à-dire que sans parler obligatoirement… même chez l'adulte moi je regarde les courbes de poids des adultes c'est-à-dire que euh... je pense que c'est un bon témoin de euh... de ce qui se passe. Enfin quand il y a des variations euh... c'est bien quand le patient il a une explication. Quand il n'y a pas d'explications on peut commencer à se poser des questions. Est-ce qu'il y a eu un trouble euh... une perturbation dans la vie, chômage… enfin quelque chose qui va expliquer euh... un changement de mode de vie et du coup euh... est-ce que derrière il y a aussi un changement au niveau de l'alimentaire ? Et puis il y a l'autre, l'autre grande catégorie qui sont les troubles psy. Les gens qui ont euh... une angoisse une dépression ou des choses comme ça et euh... se poser la question de l'alimentation c'est aussi très important ! Avec parfois des réponses qui ne sont pas des réponses franches mais on peut toujours avouer… Mais je pense que ça fait partie, enfin ce sont les 2 catégories où il faut se pencher euh... sur les modes alimentaires.

Investigateur : Euh... alors des critères plus mineurs… également la peur de grossir ?

MG3 : Silence. Moui… quel sens vous dites ? C'est-à-dire enfin ça peut être la porte d'entrée des TCA.

Investigateur : Oui. En fait là, selon la définition du DRC et des Recommandations de Bonnes Pratiques on inclut dans TCA des critères très majeurs : anorexie, boulimie, alternance entre les deux. Et là je vous liste les critères plus mineurs…

MG3 : Oui d'accord.

Investigateur : … qu'on peut considérer aussi dans la définition, notamment…

MG3 : J'ai un peu plus de mal avec ça !!! Parce que c'est souvent, Alors prescrire une pilule « elle va pas me faire grossir ? ». Enfin je ne suis pas sût, enfin peut-être que j'ai tort, je ne prétends pas d'avoir la science incluse mais c'est vrai que je ne recherche pas obligatoirement des troubles alimentaires derrière cette question mais …Chez l'ado oui. L'ado qui est maigre comme ça et qui me dit euh... je n'arrête pas de grossir ou qui pousse un cri parce qu'elle a pris un kilo en 1 an et qui a entre 15 et 16 ans euh... mais chez l'adulte c'est rare que ça me fasse évoquer un… Ah si ça me le fait chez les gens maigre. Enfin ces gens qui ont un IMC entre eu 18 et 21 qui m'évoque leur peur de grossir, je me dis là tiens… ce n'est quand même pas normal.

Investigateur : Si je comprends bien le poids attire votre attention finalement. Si, il est trop élevé ou si…

MG3 : Mmh, mmh.

Investigateur : Mais est-ce qu'un patient à poids normal finalement va avoir tendance à moins attirer votre attention ?

MG3 : Par rapport à ses troubles ?

Investigateur : Oui !

MG3 : Ben sauf dans les situations que j'ai évoquées. C'est-à-dire euh... un diabète ou enfin des, des, ou tous les troubles psys. Même si le poids est normal je vais me poser la question. Enfin je pense qu'il faudrait que je me pose la question. Et j'essaye de me la poser.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : …

Investigateur : Comment pensez-vous avoir accès, a par exemple une patiente adolescente ou euh... jeune femme boulimique à poids normal qui ne va pas forcément attirer votre attention sur d'autres symptômes psys ou choses comme ça ?

MG3 : Je pense que c'est compliqué, je veux dire que je ne suis pas sûre d'y avoir accès moi. Hein… à un moment donné si l'entourage, ne m'attire pas l'attention… En médecine générale on a l'avantage de connaître, peut-être pas tout le temps, l'entourage. Donc on peut être alerté par l'entourage…

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Sinon euh... pfff, ce n'est vraiment pas une question systématique donc euh... ça c'est sûr ! Donc euh... et je ne vois pas comment on pourrait être systématique car on ne nous donne pas les moyens d'être systématique. A un moment donné si on devait faire toute la prévention que doivent faire les médecins généralistes…

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Quand on entend parler les politiques aux professeurs, on voit bien que ce n'est pas possible. Donc moi il faut… enfin pour ces troubles là il faut qu'il y ait… enfin déjà en médecine généraliste je pense qu'on a besoin de, de d'alertes !...

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : … il y a très peu de choses où il n'y a pas d'alertes, enfin la vaccination, mais quand il n'y a pas d'alertes euh... quand on doit vacciner les gens… mais, mais euh... sur le reste on est souvent dans l'alerte. C'est-à-dire un profil, euh... dépistage systématique ça ne marche pas très bien parce que souvent ce n'est pas rentable, quand c'est fait corr…. Même si c'est fait correctement et deuxièmement on s'épuise à la faire donc …. Parce que quand euh... je ne sais pas, je ne sais pas la prévalence des TCA mais je veux dire euh... ce n'est pas très élevé comme prévalence et donc quand on pause 100 fois la question pour avoir deux détections ben on se dit qu'on n'est pas rentable donc du coup on s'épuise. C'est pas comme ça que ça marche. Il vaut mieux cibler et avoir un taux de rentabilité des… de cette alerte beaucoup plus élevée quoi.

Investigateur : Est-ce que vous avez un, une représentation de, d'une patiente boulimique ? Qu'est-ce que, comment vous vous la représentez dans votre imaginaire ? Quel genre de patiente ça peut être ? Qu'est-ce qu'elle peut avoir comme profil ?

MG3 : Ben la boulimique c'est pas… Silence… Profil… vous voulez dire physique ou euh...

Investigateur : Oui, physique, psychologique…euh... disons socio-professionnel un petit peu le cadre dans lequel on peut la reconnaitre.

MG3 : Je sais pas… j'ai … avec un cas très précis…. Euh...

Investigateur : Il n'y a pas des choses particulières ? C'est pas une question pièges hein.

MG3 : Non, non…

Investigateur : Une chose particulière qui attire votre attention ou quand vous pensez à une patiente boulimique il n'y a pas des représentations qui viennent tout de suite ?

MG3 : Non ! Non, non, je pense que justement c'est très difficile et les patientes boulimiques… les anorexiques c'est facile mais alors… en tous cas on peut se poser la question facilement alors que les boulimiques il y en a un certain nombre qui… ont un poids normal je veux dire, qui se présente et dans le quart d'heure où on les voit, je veux dire on n'est pas obligé de voir des choses très précis donc euh... Non moi je n'ai pas… même en terme de métier euh... pfff, si oui allez et encore ce sont des poncifs, pas à la mode… mais je ne suis pas sûr que ce soit vrai. Non je n'ai pas, enfin comme ça, je ne sais même pas s'il y en a. Je ne connais pas assez bien le … là-dessus, mais je ne sais pas si…

Investigateur : Ben on dit généralement que c'est euh... des prédominances féminines justement à poids normal, c'est ça qui est très difficile. Euh... qui sont généralement assez brillante dans leur vie ou à l'école, ou dans leur vie professionnelle.

MG3 : ça je n'avais pas. Le poids normal oui, féminin oui mais euh... brillant non.

Investigateur : Du coup dans la performance, le sport ou des choses comme ça.

MG3 : Mmh, mmh.

Investigateur : Après c'est difficile de faire des profils.

MG3 : Mmh, mmh. Non ben j'ai pas ça enfin pas dans la tête.

Investigateur : Alors également je vous mets des efforts pour perdre du poids, ces patients qui sont tout le temps en train de faire des efforts pour perdre du poids…

MG3 : Et qui n'y arrivent pas !

Investigateur : Mmh.

MG3 : Oui ça fatigue ça.

Investigateur : Vous pouvez m'en parler un petit peu plus ?

MG3 : Non mais je ne suis pas sûr que ce soit que les troubles alimentaires mais euh... il y a ceux qui ont un problème cardio vasculaire qui mériteraient de perdre du poids…

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : … qui n'en perdent pas parce qu'ils ne font pas ce qu'il faut. En tous cas euh... parce que c'est difficile de faire ce qu'il faut, parce que voilà, la vie est comme elle est.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Et qui disent toujours dans nos consultations et pourtant docteur je fais ce qu'il faut quoi. Je ne mange rien… Je me surprends à leur dire : « Faites la grève de la faim et je vous assure que… vous allez perdre du poids ! »

Investigateur : Rires...

MG3 : A un moment donné c'est un peu Rires... Mais voilà, bon après euh... après… c'est quoi la question… ?

Investigateur : Ces patients qui font des efforts pour perdre du poids… Vous m'avez dit « ceux-là ils m'énervent ! », alors ça m'intéresse. Je veux en savoir plus.

MG3 : Non, non, certains m'énervent mais pas ceux-là.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Parce que c'est loin d'être l'ensemble des patients hein. Mais euh... parce qu'il y en a… d'ailleurs ceux qui n'arrivent pas à perdre du poids… Parce qu'il y a deux catégorie : ceux qui font des efforts constants et qui n'arrivent pas à en perdre, il y a ceux, parce que nous, là aussi la médecine générale fait que on peut connaître les habitudes des uns et des autres, même tomber sur des gens au restaurant, des patients ou des trucs… et se dire ben qu'ils font des efforts mais bon, comme ça ça ne se voit pas… Rires...

Investigateur : Rires... un steak frites…

MG3 : c'est-à-dire que voilà, il y en a bon c'est comme ça. ça c'est les premiers ! Et puis les 2ème qui ont effectivement euh... ben un mode de vie ou des problèmes dans la vie qui font que euh... ils ne vont pas très bien avec tout ce qui leur tombe sur la tête, ils ne peuvent se concentrer sur la qualité de leur alimentation, sur la qualité de leur style de vie.

Investigateur : Que pensez-vous des patients qui sont en fait, pour vous, pas du tout dans une catégorie de besoin de perdre du poids et qui sont tout le temps dans l'effort de perdre ?

MG3 : Ben ceux-là, moi j'essaye de euh... si c'est sur demande, « ce n'est pas mon poids idéal euh... est-ce que vous pensez docteur qu'il faut que j'en perde… ? ». Moi j'essaye de leur expliquer euh... la réalité de euh... de ce que c'est que la surcharge pondéral, que l'obésité, l'obésité morbide euh... la maigreur, le poids idéal, le poids où on se sent bien euh... Pour justement travailler sur ces images qu'ils peuvent avoir de complètement erronées. Après ça dépend de comment c'est ancré ! Parce que parfois ça ne suffit pas…c'est-à-dire je veux dire… on a aussi une psychomot dans le cabinet Rires... si c'est un problème la vision de son corps, la vision … et puis parce qu'ils ont eu dans leur éducation comme vision du corps enfin je veux dire, il peut y avoir des choses qui remontent loi…

Investigateur : Mmh, mmh. Donc finalement vous arrivez à aiguiller, si vous allez plutôt mettre chez la diet ou chez la psychologue ?

MG3 : Mmh, mmh.

Investigateur : Quels sont les déterminants de votre choix ?

MG3 : Ben l'interrogatoire sur leur façon de manger. Pour le coup, oui ça et puis euh... effectivement ce qu'il y a derrière, pas une obnubilation mais c'est … est-ce que c'est une peur raisonnée ou pas, comment…. Comment ils gèrent leur euh... Sur ce qui ont un poids normal et qui ont peur de prendre du poids soit il y a une perturbation légère euh... légère égale à ma portée… de leur vision des choses

et puis voilà, et ce qui est souvent le cas quand même. Et dans ce cas-là, je n'ai pas besoin de personne. Soit c'est la psychologue. C'est pas la diététicienne hein. Après il y en a qui, qui ont un poids normal mais qui ont des troubles de l'alimentation aussi. Enfin de troubles au sens, je ne parle pas des boulimiques hein mais une mauvaise alimentation plus que des troubles. Ceux-là ça vaut le coup d'en parler et de temps en temps faire un tour chez la diététicienne.

Investigateur : Et…

MG3 : Avant quand il y avait des pathologies qui apparaissent, cardiovasculaires notamment, voilà, je vais leur dire… ça vaut peut-être le coup de euh...

Investigateur : Vous parlez des règles hygiéno-diététiques ?

MG3 : Oui, oui c'est ça !

Investigateur : Ok Euh... Donc les régimes inadaptés, non justifiés, à répétition… ça vous évoque des patientes ? Enfin je dis patientes… ce sont souvent des femmes.

MG3 : Inadaptés, on ne le sait pas souvent hein. Ils n'en parlent pas beaucoup hein. C'est … Après euh... les régimes à répétition chez les gens qui auraient besoin oui mais alors là, oui ça évoque des patients et euh... ben ceux-là il faut creuser. Souvent la diététicienne ne peut pas faire grand-chose. Les patients sortent de la diététicienne en disant « elle m'a dit que je faisais bien ». Moi j'ai le compte rendu de ce qu'elle a dit la diététicienne puisqu'elle me l'envoie. Ça passe par le réseau. Donc euh... Il y a une grosse perturbation de leur vision de l'alimentation.

Investigateur : Alors… le déni des problèmes alimentaires ? Est-ce que ça vous évoque quelque chose ?

MG3 : Ben moi le déni des problèmes alimentaires c'est des gens qui me disent « Oui je mange, je fais tout ce qu'il faut ! ». ça c'est tout le temps. Ça ne veut pas dire qu'il y a des troubles derrière. Enfin je ne les classe pas obligatoirement dans les Troubles du Comportement Alimentaire et encore…

Investigateur : Mmh, mmh. Oui il faudrait que ce soit associé à d'autres critères.

MG3 : Non mais je veux dire, nous on a quand même une population qui est caractéristique. C'est pas par rapport aux troubles. C'est des agriculteurs qui arrivent à la retraite. Moins maintenant parce que … mais il y a 10 ans par exemple, c'était une génération qui avait connu euh... le début de la mécanisation. C'était un travail physique. Aujourd'hui les agriculteurs ils sont dans les cabines pressurisées, sur des tracteurs enfin je veux dire, ce n'est plus du tout physique. Enfin ça reste… mais beaucoup moins qu'avant. Et ces gens-là ils mangeaient pour leur travail, par rapport à leur travail physique. Ils arrivent à la retraite et ils continuent pareil. Ils disent ben je mange normalement.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Et ils ont des problèmes pour une partie euh... ils ont des problèmes cardiovasculaires.

Investigateur : Mmh, mmh. Euh... Alors classés aussi en troubles mineurs, l'ingestion rapide d'une grande quantité d'aliments.

MG3 : Mmh, mmh. Oui ceux qui mangent en 5 min vous voulez dire ?

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : J'en fais partie.

Investigateur : Rires... Oui enfin peut-être pas cette façon-là.

MG3 : J'en sais rien. Non, non mais ça veut dire quoi ça ?

Investigateur : Je pense qu'on fait plus le… ça évoque plutôt les crises hein, ce qu'on appellerait les crises dans le cadre de la boulimie, des choses comme ça.

MG3 : Ah oui.

Investigateur : Qui sont pas forcément attachées à une faim. Une heure où il faut manger…

MG3 : Oui c'est ça. *Silence*. Oui ces gens qui se jettent sur la tablette de chocolat parce que une contrariété et ils la mangeront en entier. En 30 secondes.

Investigateur : Les vomissements provoqués ?

MG3 : ça oui. ç a c'est sûr. Mais pour moi c'est… c'est pas un trouble mineur pour moi.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Enfin… oui pour moi c'est quand même lié à l'anorexie-boulimie.

Investigateur : Mmh, mmh. Ça vous arrive d'avoir des patientes qui vous font l'aveu de ça ?

MG3 : Ben euh... ouais mais c'est surtout dans ceux qui ont été catégorisés euh... dans l'anorexie ou la boulimie.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Pas euh... des inquiétudes de parents… « je suis sûre qu'elle se fait vomir ». Et euh... non pas, enfin je n'ai pas le souvenir. Je ne suis pas très euh... je n'ai pas une bonne mémoire.

Investigateur : Et quand vous dites « avant qu'elle soit catégorisée »… ?

MG3 : Ben avant qu'un diagnostic ait été posé.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Les diagnostics souvent, au bout d'un certain temps avec un psychiatre, etc., donc c'est pas… il y a des fois des petites phases transitoires où on a un doute sur quelque chose avec des enfants sans que ça déclenche, ou des jeunes préados et puis ça passe… il n'y a pas de diagnostic de fait et euh... très précis. On ne sait pas trop si c'était une phase euh... réelle ou pas. Enfin je veux dire ça arrive quand même assez fréquemment… mais euh... les diagnostics que… en eux-mêmes, il y en a peu quand même, heureusement.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Ou je passe à côté.

Investigateur : De votre expérience, les diagnostics sont posés par le psychiatre vous disiez… ?

MG3 : Ben moi je demande un avis psychiatrique. Moi je peux poser le diagnostic mais euh... souvent, souvent on….. Ça s'accompagne d'un avis spécialisé ouaih. On en a quand même pas beaucoup… alors du coup j'ai du mal à dire comment euh... J'ai une patiente que je suis depuis euh... 15 ans pour anorexie-boulimie…

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Qui a 40 ans donc… ça fait 40 ans que ça dure.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Non c'est depuis l'âge de16 ans que ça dure.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Mais après euh... actuellement je n'en ai pas d'autres quoi.

Investigateur : Alors je vous propose de garder cette patiente en tête. On va la revoir. Je vais vous demander d'ouvrir le dossier. Je finis juste par vous lister les derniers critères. Euh... l'aménorrhée, …

MG3 : Oui l'aménorrhée fait partie des, oui tout à fait. Ça évoque chez moi un questionnement chez les jeunes filles euh... l'aménorrhée secondaire oui.

Investigateur : Vous pensez tout de suite à … ?

MG3 : AH ben je me posais la question d'un Troubles du Comportement Alimentaire.

Investigateur : Mmh, mmh. Et plutôt sur quel versant ? pas forcément un versant particulier ?

MG3 : Ben après ça dépend comment elle est. Si elle a un IMC très bas, je vais plutôt être sur l'anorexie. SI c'est normal plutôt la boulimie et puis bon après des troubles hormonaux, mais oui d'abord les troubles alimentaires chez l'adolescent.

Investigateur : Le désintérêt sexuel ou les troubles, disons de la libido en général ?

MG3 : Non ! Euh... on en fait un problème dépressif. Qui derrière peut euh...être lié à un problème alimentaire. Et pas d'emblée un problème sur ce plan-là. *Silence*. Alors oui… la question c'est quoi ? Si je suis d'accord ou pas d'accord ?

Investigateur : Ce que ça vous évoque. Est-ce que vous y pensez ? Est-ce que ça fait tilt pour vous ?

MG3 : Aujourd'hui non ! Peut-être que demain oui.

Investigateur : Vous dites la dépression. Euh... est-ce que vous voyez la dépression comme un point d'appel qui peut vous alerter vers ça ?

MG3 : Ah oui. Ce que je veux dire quand on a … je pense aux Troubles du Comportement Alimentaire dans un certain nombre de situations psychiatriques.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Dont la dépression oui. Après euh... je veux dire, soit hiérarchie entre les deux. Je vais me poser la question de savoir euh... si dans une humeur dépressive ou une dépression il y a euh... en même temps des Troubles du Comportement Alimentaire. Silence. J'ai du mal avec des… oui la poule ou l'œuf ?

Investigateur : Mmh. C'est pas évident ça c'est sûr. Ok. Donc du coup est-ce que vous me permettez qu'on s'intéresse à votre patiente ?

MG3 : Oui. Enfin c'est plutôt une histoire de chasse hein.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Silence.

Investigateur : Donc je commence par vous demander ces caractéristiques : âge, sexe euh...

MG3 : Alors donc c'est une femme euh... qui a 40 ans bientôt 41. Que je connais depuis… donc elle avait quel âge quand je l'ai connu ?... Donc euh... 2004. 10 ans ! Tiens c'est marrant j'aurais dit plus. Euh... donc elle avait 30 ans et euh... ça faisait 14 ans qu'elle était anorexique. Elle a été hospitalisée un certain nombre de fois. Elle a été suivie à. Donc euh... service de Troubles du Comportement Alimentaire par un médecin que j'ai eu à la 2 ou 3ème consultation que j'ai eu avec cette patiente. Qui m'a dit qu'elle pensait qu'elle était morte. Donc je me suis dit « Bon ça commence bien ! ». Tellement son cas lui paraissait sévère. Elle avait quand même fait 2 arrêts cardiorespiratoires à 18 et 20 ans.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Et euh... donc depuis elle a eu au moins une dizaine d'hospitalisations y compris en réanimation. Avec des IMC qui sont descendu jusqu'à 11. Donc euh... voilà. Pour moi c'est hors norme. De toute façon les psychiatres avec qui je travaille, elle en a vu plusieurs, à Garches, Pontoise, de nouveau à Sainte Anne… sont tous impuissants. Enfin je veux dire, tout le monde est impuissant quoi. Et moi là-dedans je suis à peu près la seule personne avec qui euh... qui est le point fixe voilà, qu'elle voit régulièrement. Avec euh... elle a travaillé très longtemps dans l'alimentation comme serveuse. Donc euh... bon. Et puis euh... là, depuis 3-4 ans elle travaille plus.

Investigateur : Elle a d'autres pathologies associées, elle prend des médicaments ?

MG3 : Elle a un traitement là, alors je ne sais pas ce qui est actuellement parce que c'était en juillet la dernière fois que je l'ai vu. Mais là elle est hospitalisée en ce moment. Elle a été euh... des antidépresseurs, des neuroleptiques, anxiolytiques voilà bon… Tranxène, Théralène, euh...

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : mais bon, elle ne maîtrise pas grand-chose là-dedans.

Investigateur : Quand vous avez pris contact avec elle pour la première fois, c'est elle qui vous a mis au courant de son trouble ou… comment vous avez été mis en contact l'un avec l'autre ?

MG3 : Oui. Alors, comment ça s'est fait ? *Silence*… Je ne sais plus. J'avoue que je ne sais plus très bien. Elle revenait d'hospitalisation quand elle est venue me voir. Ça j'ai noté. Et euh... pour des pertes de glucose. Elle pesait 33 kilos à l'époque. Euh...

Investigateur : Elle avait vu des médecins généralistes avant vous ?

MG3 : Probablement. Parce que… je pense qu'elle en avait vu plusieurs.

Investigateur : Est-ce que vous pouvez parler un petit peu de la relation que vous avez cette patiente ?

MG3 : *Silence*. Ben euh... Comme je disais c'est quelqu'un qui, qui euh... qui est assez pommée dans sa vie, euh... elle subit beaucoup cette anorexie. A la fois elle a envie d'en sortir… enfin moi je l'ai

connue dans une période où elle avait envie de s'en sortir. Je ne suis pas sûr que ça a toujours été le cas. Mais euh... elle n'y arrive pas. Elle a toujours une vision de son corps où elle a peur de grossir. Quand elle a un IMC a 11, elle ne veut pas grossir. Son corps, c'est euh... comme à la sortie d'un camp de concentration enfin c'est monstrueux. Et puis là depuis 4 ans avec de grosses souffrances liées à la disparition du tissu adipeux, musculairement il n'y a plus rien. Enfin je veux dire… et euh... Et puis, alors jusqu'à dernièrement, euh... complètement lisse par rapport à ce qui aurait pu causer ça. Et puis il y a en juillet dernier, elle s'est mise à déballer ses problèmes dans l'enfance avec ses parents, avec sa mère en me disant … où en fait elle a vécu son enfance… enfin, sa mère avait des amants donc elle c'était la plus vieille de la famille, elle devait couvrir tout ce que faisait sa mère avec à la fois le travail ménager et le quotidien… pour faire en sorte que ce soit fait. Et en mentant pour couvrir ce que faisait sa mère quoi. Donc c'est ça qui a … et elle dit que c'est pour qu'on s'occupe d'elle qu'elle fait ça. Peut-être que ça a bougé depuis l'hospitalisation, je ne sais pas vraiment.

Investigateur : Vous disiez finalement elle voit plein de professionnels différents et vous vous êtes un peu son point d'ancrage... Vous avez une relation privilégiée avec elle ?

MG3 : Ben pfff, alors c'est toujours difficile ces gens euh... moi je prends du temps donc euh... et j'ai toujours un regard bienveillant sur les patients. Donc moi enfin je suis incapable de juger une chose quoi. Je peux juger des actes, faire ça ou ça. Mais euh... ce n'est pas un jugement sur la personne. Et du coup, je pense qu'elle n'a pas souvent des gens qui ont ce regard-là. Et ça c'est réconfortant quoi.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Elle sait que de toute façon quoi qu'elle fasse, elle pourra toujours euh... enfin je ne la mettrai jamais dehors quoi. Donc euh... bon. Alors ça c'est peut-être une chose qui fait que euh... elle est capable de ... Elle revient. Après euh... il faudrait lu demander ce qu'elle pense.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Je ne sais pas qu'elle vision elle a de … c'est des gens qui ont des relations au père et à la mère très perturbée, donc est-ce qu'on prend une place de ça euh... autant que hein… personne référente. J'en sais rien peut-être…

Investigateur : Et selon vous, quel est votre rôle dans sa pathologie, dans sa prise en charge ?

MG3 : L'accompagnement. Moi je veux dire je n'ai pas… enfin dans ses troubles-là qui sont les troubles chroniques très euh... Moi je n'ai aucune prétention. Si je peux l'aider à guérir tant mieux mais je ne suis pas sûr d'avoir cette capacité. Donc on a trouvé. Je lui ai trouvé une clinique à Lyon parce qu'elle voulait partir d'ici. On a organisé le transport… enfin moi je suis prêt à beaucoup de choses mais bon… très modeste.

Investigateur : Mmh.

MG3 : Donc voilà.

Investigateur : Vous disiez tout à l'heure on est tous un peu impuissant devant ça.

MG3 : C'est un constat.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Sa courbe de poids c'est ça. *Clic clic.* Le rouge c'est l'IMC. Là on est à 10. Mai se voilà, on remonte après ses hospitalisations pour un minimale 28.

Investigateur : Est-ce que vous pouvez me parler un petit peu plus de cette impuissance que vous ressentez face à cette patiente ou sa prise en charge ?

MG3 : Ce n'est pas de l'impuissance au sens euh... je ne suis pas euh... je ne le vis pas mal cette impuissance. Je ne suis pas euh... je n'ai pas le dogme de la médecine toute puissante. Ça fait bien longtemps que je ne l'ai plus. Après 2-3 ans d'installation et encore. On a compris que voilà, ce n'était pas ça. Moi je dis aux internes en Médecine on voit 2 types de maladies, celles qui guérissent toutes seules et celles qui ne guérissent jamais. Donc euh... là-dedans, notre rôle il est très modeste hein il doit être effectivement de prévenir un certain nombre de choses, d'accompagner un certain nombre d'autres choses, d'éviter les complications secondaires mais bon on est quand même… on n'est pas euh... notre capacité à … pas à changer le cours des choses parce qu'on peut changer le cours des choses ça c'est sûr. Mais à guérir les gens c'est…. Et donc moi ce que je sais pour cette patiente-là c'est que un jour on va arriver à quelque chose. Ce quelque chose peut être la mort mais euh... j'ai du mal à croire que ça se débloque pas à un moment donné. Donc euh... et ce qui s'est passé en juillet est peut-être euh... la première marche de ça. Donc moi mon rôle c'est d'être là, de… je crois que les gens ont la capacité en eux de guérir. Donc euh... nous c'est aussi de déclencher ça. c'est-à-dire de, de redonner confiance en eux-mêmes. Et surtout dans ces pathologies-là, enfin je veux dire… donc ce n'est pas de l'impuissance qui me tétanise mais la réalité c'est quand même que je n'ai pas la baguette magique quoi. C'est plutôt ça je pense.

Investigateur : C'est une patiente qui vous met en échec quelque part ?

MG3 : Non. Ah non, non. Non et puis elle n'a pas du tout envie de me mettre en échec. Enfin sa façon d'être, elle est aussi bienveillante avec moi, comme je suis avec elle.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Donc ça c'est… il y en a d'autres dans les pathologies chroniques où il y a un jeu avec le médecin… mais non elle pas du tout.

Investigateur : Quels sont les autres acteurs autour de sa prise en charge qui sont importants selon vous ?

MG3 : Il y a un psychiatre de Pontoise en qui elle a confiance. Donc il a aussi… bon elle fait des excursions ailleurs et puis de temps en temps voilà, elle revient vers euh... sans illusions… sans illusions. C'est une prise en charge classique.

Investigateur : Qu'est-ce que vous avez-vous comme contact et comme rapport avec ce psychiatre ?

MG3 : Bon c'est un de mes correspondants à. On a de bons rapports. Il est accessible au téléphone euh... quand j'ai besoin d'une hospitalisation en urgence il… il répond présent. Alors que l'hôpital de qui est un hôpital de médecine euh... qui est aussi important parce que euh... la mère de cette femme euh... connaît bien un des médecins qui s'occupe des Urgences de l'hôpital. Quand ça va pas et que la mère trouve que moi je ne fais pas assez de choses ben… alors que sa fille a un rapport avec sa mère un petit peu compliqué, elle va l'emmener à l'hôpital et sera hospitalisée. Et là ce n'est pas du tout la même chose. C'est-à-dire ils sont dans une volonté de guérir, la faire grossir qui frise parfois le ridicule. Voilà. ça c'est les acteurs principaux de la prise en charge.

Investigateur : Et le psychiatre selon vous, qu'est-ce qu'il apporte dans cette prise en charge ?

MG3 : Silence…

Investigateur : Rires...

MG3 : Ben euh... excellente question. Je pense qu'il apporte de la stabilité déjà. C'est-à-dire un 2ème point fixe qui n'est pas négligeable. Il apporte sur les traitements. Un éclairage. Parce que moi, c'est d'un niveau, enfin c'est au-dessus de mes compétences de savoir s'il faut rajouter un neuroleptique ou un 3ème psychotrope. Donc… Et euh...

Investigateur : Donc finalement c'est plus la gestion de sa dépression, les psychotropes ?

MG3 : Moi je ne sais pas… alors là pour le coup je ne suis pas très bon car je ne sais pas découper tout ça. Parce que je ne sais pas découper tout ça. Enfin tout cet ensemble euh... dépression, Troubles du Comportement Alimentaire, euh... ça m'est difficile de euh... d'en faire des morceaux très détachés et de savoir euh... ça je traite ça avec ça et euh...

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : J'ai plutôt l'impression…. Complet avec le traitement c'est un paquet complet quoi.

Investigateur : Mmh, mmh. C'est là que le psychiatre vous aide finalement dans la gestion de l'outil médicament.

MG3 : Oui ! Après sur l'aspect euh... psychothérapie ben malheureusement ils n'ont pas énormément de temps pour le faire. Je ne sais pas s'ils sont très performants. Dans les hospitalisations qu'elle a eu à droite et à gauche je pense que ça l'a fait progresser. Donc euh... c'est là ou moi je me dis, enfin que les choses… parce que… elle a évolué pendant 10 ans. C'est pas la même personne que j'ai vue il y a 10 ans et que je vois aujourd'hui. Donc euh... même si elle est un peu dans le même échec… où sur le plan clinique et… même si ça s'est plutôt aggravé. Moi je pense qu'elle a progressé sur son envie de s'en sortir. Elle est consciente qu'il faudrait qu'elle grossisse mais qu'elle n'y arrive pas. Alors qu'avant il ne fallait pas qu'elle grossisse. Donc il y a des choses qui évoluent. Toutes ces prises en charge lui ont permis d'évoluer.

Investigateur : Pour quels motifs elle consulte quand elle vient vous voir ?

MG3 : Alors ça dépend. Parfois c'est pour son renouvellement de médicaments, parfois c'est parce qu'elle… la dernière fois que je l'ai vue elle était en permission de son hospitalisation et elle voulait me mettre au courant d'où elle en était. Euh... donc il y a euh... parfois c'est parce qu'elle a un problème intercurrent euh... ou parce qu'elle est épuisée, qu'elle en peut plus.

Investigateur : Est-ce que vous pourriez me détailler les problèmes intercurrents justement ? Les motifs qui peuvent paraître un petit peu bénins entre guillemets.

MG3 : Ben des douleurs musculaires.

Investigateur : Mouais.

MG3 : Elle a maintenant des troubles musculo-squelettiques qui sont liés à son état. Donc euh... c'est pas facile à gérer quoi. Parce que par exemple, elle marche énormément. Donc du coup son corps ne suit pas quoi. Et puis après elle peut avoir comme tout le monde, une angine, un rhume ou … mais ce qui est lié à ses problèmes, il y a ça, et des problèmes de douleurs. Je pense c'est tout.

Investigateur : Vous me dites si vous êtes… ?

MG3 : ça dépend s'il y en a …

Investigateur : Non pas pour 1 heure. D'accord. Euh... Y a-t-il des patients chez qui vous suspectez des troubles de ce type-là ? Et finalement vous n'osez pas poser certaines questions, vous n'osez pas aborder le sujet…

MG3 : Euh... y'a un frein, qui est le frein « temps », ça c'est sûr. Que de temps en temps, moi ça m'arrive de le mettre, en remarque, en disant qu'il faut creuser sur ça mais euh... j'ai pas le temps de le faire là. Parce que c'est quelque chose… et après c'est pas pour autant que je le dis « Il faudrait qu'on se revoit dans une semaine pour euh... voir les problèmes d'alimentation. Déjà quand on dit ça il ne faut pas le dire comme ça Rires... donc euh... oui ça oui, dans ce sens-là… Après euh... si j'ai le temps et que je pense qu'il faut en parler je, je… ne suis pas arrêté par… enfin… Non…

Investigateur : Euh...

MG3 : Mais le frein « temps » est important je veux dire.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Et…

Investigateur : Si on reprend ce que vous disiez tout à l'heure, le rôle du médecin généraliste d'une façon plus globale, dans la prise en charge des Troubles des Conduites Alimentaires selon vous, quel est-il ?

MG3 : Ben moi je pense qu'il y a le dépistage.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : ça c'est sûr ! Essayer d'avoir des schémas dans la tête qui permettent de euh... de trouver les patients qui sont susceptibles de euh... d'augmenter, enfin des profils qui permettent d'augmenter la prévalence, découverte. Après euh... je pense qu'il y a un aspect euh... diagnostic différentiel au sens où euh... dans un certain nombre de cas euh... soit c'est des troubles mineurs et on peut voilà, en y accordant un petit peu de temps euh... régler le problème, soit euh... il n'y a pas de troubles, dans ce cas cela permet de… surtout quand il y a un entourage qui va... trinquer ou etc…

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Moi je dirai que c'est ça les principaux…

Investigateur : Vous pensez qu'on manque d'outils de dépistage ?... Pensez-vous qu'on arrive à dépister ces gens-là ou qu'on a du mal ?

MG3 : Je sais pas … je suis méfiant avec les outils…

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : C'est …c'est compliqué hein je veux dire en tant que médecin. Il y a le bon sens. Qui n'est pas suffisant mais c'est déjà pas mal. L'utilisation c'est… ça dépend ce que l'on appelle un outil. Le euh... le conseil minimal pour le tabac ça c'est un bon outil. Mais euh... il y a des outils qui sont des très bons outils mais inadaptés à la médecine générale. Qu'on ne va pas utiliser parce que ce n'est pas pour rien qu'on utilise très peu d'échelles. Parce qu'on a l'impression que les échelles elles sont pour les… professionnels qui ne connaissent pas les patients. La grande différence c'est que la grande majorité des patients les connait. On les a dans le temps.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Donc un changement on le voit. Ça c'est irremplaçable ! C'est pas toujours vrai parce que les nouveaux patients etc… Dans la majorité des cas on connait le patient, on connait l'entourage, on

connait son histoire. On connait des gens qui les connaissent. Tout ça ça fait voilà… c'est un réseau qui est peut-être aussi efficace que des outils. Qui permettent de donner des scores.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Je suis méfiant voilà !

Investigateur : Il y a le médecin qui permet le dépistage mais il y a aussi l'entourage du patient qui permet le dépistage, qui donne des indices, des clés… ?

MG3 : Ben on est souvent sur un certain nombre de troubles, enfin chez les jeunes par exemple, on est souvent alerté par les parents.

Investigateur : Mmh, mmh.

MG3 : Dans les couples, le conjoint peut… même délateur.

Investigateur : Mmh, mmh. Euh... est-ce que vous pensez que cette patiente dont vous m'avez parlé serait d'accord pour qu'on la recontacte éventuellement pour étudier les représentations justement des patients ?

MG3 : Je pense que oui.

Investigateur : D'accord. Donc vous acceptez qu'on vous recontacte a posteriori pour vous demander ses coordonnées ?

MG3 : Ah oui, oui, bien sûr. Je ne suis pas sûr à 100 % mais je pense que oui.

Investigateur : D'accord. Euh... voilà, et la fin je vous dis qui si on vous a sollicité aujourd'hui c'est parce que vous avez coché au moins une fois entre 93 et 2007 le résultat de consultation « anorexie ou boulimie ».

MG3 : C'est vrai ?

Investigateur : Mmh, mmh.

9.6 Annexe 6 : entretien patient

I : Comme je vous l'ai expliqué, il y a vraiment... tout ce qui m'intéresse moi, c'est votre vécu, votre histoire, voilà. Après, y'a pas... la seule vérité, c'est la vôtre.

P6 : Ouais. D'accord.

I : Voilà, donc si déjà, vous pouvez vous présenter un peu, me parler un peu de vous.

P6 : Hum hum. Ouais.

I : Me dire quel âge vous avez, ce que vous faites.

P6 : D'accord. Donc, ben moi j'ai 41 ans. Enfin je vais avoir 41 ans au mois d'avril. J'ai deux enfants, un de 14 ans, et une petite fille de bientôt 6 ans. Donc je suis séparée du papa depuis un an et demi maintenant, là je viens d'emménager dans cet appartement depuis le mois de... l'année dernière au mois de juillet.

I : D'accord.

P6 : Donc je suis à nouveau avec quelqu'un, mais on ne vit pas ensemble. Chacun chez soi. J'ai... comment dire. J'ai un demi-frère, enfin ma mère, elle m'a eu moi. Avec mon père. Ils se sont séparés, très très tôt, j'étais très petite. Elle a eu un autre frère. Et j'ai deux autres frères du côté de mon père, et en dehors de ça, ben quoi je travaille dans une boîte de transport. Je suis chargé de clientèle, un peu. Et, sinon, ben quoi d'autre... Ouais, je sais pas.

I : C'est déjà pas mal ! (rires)

P6 : Donc voilà, après. Voilà. Ma présentation, quoi. (rires)

I : Et, donc vous êtes suivie par un généraliste.

P6 : Alors j'ai... ben, oui, le généraliste, c'est le Docteur XXXX quoi. Avant c'était un autre mais il est parti en retraite. Donc celui-là... Après j'ai trouvé le Docteur XXXX qui était à côté de chez moi. Et qui me suit moi et mes enfants. Voilà, médecin généraliste. Et j'avais un suivi psychologique aussi. C'est à dire quand moi j'ai déclaré à mon ancien médecin ma maladie, il m'a fait une lettre pour voir un psychologue. Parce qu'il faut un suivi, forcément. Et donc j'ai été suivie par un psychologue. Pendant 9 ans. Et cette psychologue après, ça faisait partie d'un centre... centre d'aide médico-psychologique, qui est pris par la Ville, donc j'ai été pris en charge à 100%. Et elle, après, elle s'est mis indépendante. Donc ça fait 3 ans maintenant que je suis plus avec elle, et... et là ça a été très dur. Depuis... parce que en fait, j'ai été suivie en tout 9 ans, je m'en suis pas rendu compte. C'est vrai qu'à un moment donné, on en a parlé, on a dit : ça fait 9 ans qu'on se connait, parce que mon fils avait 3 ans, quelque chose comme ça, et... et ça a beaucoup évolué la maladie, vers la fin, ça... ça guérissait. Et ben, depuis que je suis plus avec elle... parce qu'en plus, elle m'a quitté brutalement... et ben ça a été un gros choc pour moi. Et ça a

été une descente aux enfers, complètement. C'est un truc... et j'ai encore du mal à m'en remettre, à l'heure d'aujourd'hui. Et là, du coup, j'ai plus de psychologue... Ben alors, j'ai été voir, elle avait une remplaçante, que j'ai voulu aller voir mais pour moi c'était compliqué, parce que je me suis dit : faut que je recommence tout, quoi. Faut, faut tout refaire. Faut que je raconte toute ma vie, parce que c'était... enfin je sais pas. Pour moi c'était... pffff... ah je me disais, tout re... enfin, j'avais du mal. Et j'ai eu beaucoup de mal avec cette psychologue, et je l'ai... j'avais du mal à me... à parler. Et elle l'a senti un peu. Donc j'allais la voir, j'allais pas la voir. Des fois je disais : je peux pas, nin-nin-nin. Je ratais mes rendez-vous, jusqu'au jour où elle m'a dit : on va faire un petit break, rappelez-moi quand vous sentez le besoin. Et de là, bon je l'ai rappelée y'a pas très longtemps, parce que j'ai vu que... pffff... ça allait pas. Ca allait vraiment pas. Parce que, en plus... donc du coup, ma boulimie... mon anorexie-boulimie est revenue... au galop, vite fait, bien fait. Et... parce que, bon, c'était pas complètement guéri de toutes façons. Mais c'est revenu vraiment, bien. En plus je venais... en plus, je me séparais, changement de vie... beaucoup de chose en même temps, quoi. Et... et je me suis mis dans l'alcool. En plus. Depuis que la psychologue m'a... depuis que j'ai arrêté le... ma psychologue qui m'a suivie pendant 9 ans. Je me suis pas rendu compte, mais je me suis mis... à boire. Pas... on peut pas dire alcoolique, mais... y'a eu des périodes. Je suis passé par une mauvaise période. Très mauvaise période. Donc... donc là, j'ai encore... ben là, je... donc du coup je vois... j'en parle au Docteur XXXX, qui lui m'a donné une... une carte d'une psychologue qui est bien, quoi. Et du coup, là, je dois... je dois l'appeler. J'ai toujours pas appelé. (rires) Donc je dois l'appeler pour reprendre un suivi, parce que... parce que ben déjà j'ai des... j'ai un traitement. De médicaments anti-dépressifs, un peu. Enfin c'est un peu ça, oui. Et... mais bon, un traitement, il faut toujours un suivi, quoi. On peut pas... y'a pas, en fait, c'est pas... c'est pas que médicamental, quoi. Médicamenteux, je pas comment on dit.

I : Oui.

P6 : Mais c'est psychologique aussi tout ça. Donc, il faut parler, il faut... et donc, du coup, ouais, y'a que voilà, un psychologue qui peut aider. Donc voilà.

I : Et donc vous me disiez que vous en aviez parlé à votre ancien médecin qui est parti à la retraite. Lui, il est parti à la retraite quand ?

P6 : Heu, lui ça fait... ça fait un petit moment, maintenant. Ca fait... ça doit faire 4 ans.

I : D'accord, donc à peu près un an avant que votre psychologue change aussi, c'est ça ?

P6 : Ouais, il est parti avant. Ouais, ouais, il est parti avant. Un petit peu avant, ouais. Mais lui, encore, ça m'a... ça m'a pas trop rien fait, parce que je le savais. Après, si y'avait sa fille. Enfin, lui déjà sa fille commençait à prendre le relai, donc elle, j'en parlais. On en parlait. Elle savait mon truc, et tout. Donc ouais, si, quand même, ça m'a un petit peu embêté. Parce que bon, ben voilà, Docteur XXXX je le connaissais pas, fallait que je redise... je l'ai pas dit tout de suite, mais... voilà. C'est vrai qu'avec lui, je

me suis... je l'ai trouvé assez cool, donc ça a été... J'ai pas eu trop de mal à en parler. Mais à la base, lui, pourquoi je lui ai parlé de cette maladie, c'est... à cause de l'alcool par contre. Lui j'ai commencé par l'alcool, quand j'ai senti qu'il y avait un malaise avec ça, j'ai dit : ah non. J'ai dit : c'est bon j'ai assez (rires). J'ai dit, là, non, pfff... c'est...

I : Vous avez pris les devants.

P6 : Ouais. Ouais, je me suis dit : c'est pas possible. Pas les deux, quoi. Donc... donc oui, bon ben après, voilà. Donc maintenant, ouais, voilà, je suis vue par le Docteur XXXX. Après ben voilà, faut juste que je trouve... que je voie avec la psychologue.

I : Quelqu'un avec qui vous accrochez un peu.

P6 : Ouais, c'est ça. C'est ça. C'est ça.

I : Oui, c'est sûr, c'est pas simple.

P6 : Mais, après, que j'accroche, bon, ben ça on verra, voilà c'est sûr. Mais après ce que... là où j'ai du mal, c'est de... bon là je m'en... je m'y fais un peu mieux maintenant, mais j'étais prête à retourner voir où elle... ma psychologue, je sais qu'elle est partie à Paris, à un moment je me suis dit : je vais aller à Paris. Mais bon après c'était... les tarifs, c'est... c'est archi-cher, quoi. Donc j'ai dit : je pourrais pas. Donc c'est vrai que ça... ça m'a vraiment embêté de... de pas continuer avec elle, parce que... enfin pour moi, elle connaissait toute ma vie, quoi. Donc... je me suis dit : ouais, ben voilà, j'ai... je suis bien en confiance avec elle. 9 ans avec une personne, c'est... c'est énorme !

I : Oui, c'est ce que j'allais dire.

P6 : C'est... voilà, elle a connu ma vie, mes enfants, tout, tout, ma séparation... enfin tout. Donc... et puis, elle... je sentais que ça me faisait du bien, et à force, ben j'ai mis du temps aussi avec elle, c'est normal, ça se fait pas comme ça. Mais bon, ben voilà, à la fin, ça commençait à s'améliorer quand même pas mal, quoi. Et puis ben après, bon ben voilà. C'est des choses qui arrivent. Ca on s'y attend pas. Je l'ai vécu comme un abandon, un peu.

I : Oui, mais surtout que vous me disiez que c'était brutal. Et ça, c'est un peu difficile de...

P6 : Ouais, ben d'ailleurs, la nouvelle psychologue qui m'a... qui l'avait remplacée m'a dit : elle a... elle a mal fait les choses quand même.

I : Elle est partie un peu...

P6 : Elle me l'a dit par téléphone. Elle m'a dit qu'elle allait partir, mais le moment où ça s'est fait, ben... c'était par téléphone, j'ai pas pu... j'ai pas pu la revoir une dernière fois. Parler. Qu'elle m'explique un peu.

I : Vous dire vraiment au revoir, en fait.

P6 : Ben oui, oui déjà. Et puis qu'elle me dise comment faire après, vers qui m'orienter. Je sais pas. Je me suis sentie vraiment... perdue, abandonnée, sans elle... qu'est-ce que je vais devenir ? Qu'est-ce que je vais devenir ? Donc sur le coup, pfff... on se rend pas trop compte, mais c'est après, à notre comportement, que là, on se rend compte que ça nous a... ça m'a affecté quoi. Beaucoup, donc... Après, faut se refaire encore une fois. Pas évident.

I : D'accord, et du coup, vous me disiez que vous en avez d'abord parlé, de vos problèmes alimentaires, à votre ancien généraliste ? Celui qui est parti à la retraite ?

P6 : Ouais.

I : Et vous avez parlé à quelle occasion, en fait ? C'est lui qui vous en a parlé ? C'est vous qui en avez parlé ?

P6 : C'est moi qui suis arrivée dans son bureau un jour, en larmes. Et je sais plus ce qui s'est passé, j'étais au travail. En fait, j'étais en pleine dépression, parce que... c'est des périodes, un coup ça va, un coup dépressif, un coup ça va. Et je me sentais... je sentais que ça allait pas. Et... je sais pas, je suis arrivée un jour chez lui... ben je suis partie de mon travail, j'ai dit que j'étais malade, je me sentais pas bien. Donc j'ai été voir mon médecin. Et, pour qu'il m'arrête en fait. Parce que je me sentais pas capable de travailler. J'étais complètement... Fallait que je voie personne, ça allait pas. Et de là, je suis arrivée, et j'ai commencé à... à craquer, à tout lui dire, mais en larmes, mais franchement à m'effondrer, mais... je crois que... pfff... c'était une libération pour moi, déjà. De pouvoir dire ça. Et je lui ai tout dit, voilà, je lui ai dit... je me faisais vomir depuis tant d'années, j'ai tout dit, et... puis voilà, comme ça, c'est arrivé. Je sais pas pourquoi, ce jour là, mais... c'est arrivé comme ça. Peut-être si y'a eu un truc, j'étais sensible ce jour là, ça allait pas... Au début, j'ai été le voir pour qu'il m'arrête, pour me dire que je suis pas bien. Mais lui, bon ben c'est un médecin quand même qui avait une cinquantaine... enfin presque soixante ans. Qui connaissait bien les gens à force... voyez, comme le mal-être. Donc j'arrivais facilement à parler avec lui, et puis là, j'ai craqué. Je lui ai dit. Et il m'a dit, bon ben effectivement, il m'a calmée, il m'a dit : voilà, c'est... c'est une maladie, c'est pas... c'est pas... Il m'a fait comprendre que c'était pas... Enfin comme moi je me sentais coupable, et que j'avais honte, il m'a dit : non, c'est pas... il faut pas... ça vient pas comme ça, c'est pas naturel, c'est... ça vient d'un passé, voilà. Donc il dit : vous allez... je vais vous aider dans tout ça. Et de là, ça a commencé les démarches.

Et y'a aussi le fait que je vivais avec mon compagnon, le père de mes enfants. Qui m'a depuis 2000, j'étais avec lui, depuis 2000. Et... en fait, un jour, ce qui s'est passé, c'est... vous voyez, les toilettes de chez nous fermaient à clé. Jusqu'au jour où, un jour, j'ai une amie qui s'est coincée dans les toilettes. On a été obligés de défoncer la serrure. Et là, pour moi, quand j'ai vu ça, ça a été terrible, je me suis dit : là, c'est un gros problème. Parce que déjà mes enfants avaient tendance à vouloir ouvrir la porte. Mon...

compagnon, qui soupçonnait un peu, qui m'avait posé des questions, mais j'ai tout nié. Toujours. Et de là, je me suis dit : ça va être une catastrophe. Tout de suite, j'ai pensé à ça, moi. Je me suis dit : mais, ça va être une catastrophe. Et je sais pas si... c'est pas ça qui m'a poussé à en parler à mon médecin. Un petit peu. Je pense que, ça aussi, ça y a fait parce que je me suis dit : je pourrais plus m'enfermer. Je me dis... en fait j'osais... j'allais même plus vomir du coup, le fait que la porte était fermée. Ne pouvait pas se fermer. J'avais peur que quelqu'un rentre, qu'on découvre... déjà que lui avait des soupçons... J'ai dit là... Et d'ailleurs je lui en ai parlé à lui aussi. A mon compagnon. Je crois là semaine qui suivait... ce problème de porte. Ca... tout a... j'ai été obligée de dire. Enfin je sais... Il a fallu que je dise. Après, ça a été un soulagement quand même, parce que lui aussi... il a compris un peu, et il m'a aidée dans tout ça. Mais ça a été dur. Ca a été dur de le dire. Mais... Parce qu'en fait c'est toujours cette honte. Culpabilité. Cette honte. C'est l'impression... On va nous juger. Ou je sais pas... C'est bizarre comme sensation. Donc, voilà, de là j'en ai parlé à mon médecin. Là ça a commencé, le suivi, la thérapie, le psychologue. Donc ça fait 10 ans en arrière, quoi.

I : D'accord. En fait, est-ce qu'on a posé un diagnostic clair et précis ? Qu'est-ce que vous pensez du diagnostic en général ?

P6 : Ben le diagnostic, ça a été. Ben, anorexique boulimique. C'est tout ce qu'on m'a dit. Et ben, après, ben moi je pensais que, oui, c'était ça, quoi. Parce que j'ai déjà vu... je me suis déjà... regardé des émissions, lu des livres là-dessus. Souvent y'avait des reportages là-dessus. Je regardais tout le temps. Et c'est vrai qu'on se reconnait complètement dans les... dans les personnes qui... qui vivent ça. Voilà quoi. Donc on se dit : ouais, j'ai ça. Je suis une anorexique boulimique. Au début... au début, moi quand j'ai commencé, je crois que j'étais boulimique. Je connaissais plus ce mot là. Et après, en fait, avec le médecin et tout ça, qui m'expliquait, vu mon comportement, il a dit : c'est anorexie boulimie. C'est les deux. Et ça, c'est dur à l'entendre, quand on vous dit ça. Enfin on le sait au fond de nous, mais... Ah ça fait bizarre, on se dit : j'ai ce problème. C'est... On a l'impression de pas être comme tout le monde. Un peu. De pas vivre... de pas vivre comme une personne... normale. Qui... qui mange normalement, qui... J'ai l'impression de vivre normalement, mais... sauf ça. Et quand même, l'alimentation, c'est quand même quelque chose de... d'important dans notre vie, quoi. Donc... Ouais, c'est compliqué.

I : Oui, parce que là vous étiez en train de me dire, en fait : vous, vous saviez en fait le diagnostic. Mais le fait de le dire, c'était quand même difficile.

P6 : De l'entendre, ouais. Ouais, c'est...

I : Et c'était important aussi, quand même, de l'entendre ?

P6 : Ouais. Si, ouais. Ben oui. Ben oui, parce que nous, on se dit ça. Mais tant qu'on n'a pas un médecin ou quelqu'un qui... qui nous dit que : oui, c'est ça. Ben... on espère toujours de... on se dit que : non, je suis pas comme ça. Ou... ça va passer, ou... je vais guérir toute seule. En fait, on croit qu'on va s'en sortir

tout seul. Mais c'est impossible. Impossible. Parce que ça fait quand même vingt ans que c'est comme ça. Ca a commencé à l'âge de 21 ans. Et je vais avoir... et là, j'y pensais y'a pas très longtemps. Je me disais : 41 ans, je me dis. Quand même... 20 ans. 20 ans à être comme ça. C'est incroyable. J'en reviens pas. Et en plus, je me disais... Quand j'ai su ça, que j'étais jeune. Enfin... ça a commencé, les dix premières années, je me suis dit... Enfin les gens me disaient : on peut en mourir, et tout. Donc... après je me disais pas que j'allais mourir, mais... je pensais peut-être pas que... je sais pas. Mais je me dis quand même : 20 ans... J'ai peur de pas vivre vieille, en fait. A cause de ça. Parce que ça...pour la santé, c'est pas bon, ça apporte des carences, des... pleins de trucs comme ça. Et... c'est inquiétant mais... C'est inquiétant mais, on peut pas faire autrement. C'est comme ça.

I : Et là, donc vous me disiez qu'il y a tout une prise en charge qui a été mise en place. Actuellement, du coup, vous voyez le docteur XXXX de temps en temps. Et vous allez revoir peut-être cette nouvelle psychologue.

P6 : Voilà, ouais.

I : Et vous avez d'autres choses qui sont en place ?

P6 : Ben non.

I : Des traitements que vous m'avez dit.

P6 : Ben le traitement, c'est le docteur XXXX qui me le donne. Mais au début c'est... Au début, au centre où je voyais le psychologue, j'ai vu un psychiatre, qui elle m'a donné ce traitement. Et mon médecin traitant... Ben en fait, c'était le même traitement. On a... J'en ai essayé peut-être deux-trois. Mais voilà, y'en a qu'un qui a marché. Et... et d'ailleurs... pfff... si j'ai pas... Y'en a un. Un médicament, qui s'appelle Bromazepam. C'est comme du Lexomil. Celui-là, si je l'ai pas des fois, c'est... Enfin ça me calme, quoi. C'est... On a une dépendance. C'est ça le pire. Donc... Même le docteur XXXX me disait, quand j'ai commencé avec lui, il m'a dit : Ah, vous en prenez beaucoup trop. Il m'a dit... D'ailleurs d'où j'ai senti la dépendance, quand... le jour où... où j'en ai plus, que la pharmacie est fermée... Des crampes, des... Ah oui, c'est terrible. Et c'est vrai que... j'ai lu tous les effets de ce médicament, c'est une très forte dépendance, et on peut pas l'arrêter brutalement. Donc... Et ouais, même ça, c'est embêtant, toujours prendre des médicaments pour... pour dormir, parce que moi j'avais des troubles du sommeil du coup, à cause de ça. Je dormais très mal. Et... et donc, du coup, voilà. Et puis des... ben c'est un peu des antidépresseurs, quoi.

I : D'accord. Donc là, en fait, c'est surtout votre médecin traitant qui vous voit.

P6 : Là, oui. C'est plus... Ben oui, là depuis...

I : Depuis 3 ans.

P6 : Ouais, ouais.

I : D'accord. Et vous le voyez tous les combien de temps, à peu près ?

P6 : Ben... on va dire, déjà... Pour avoir déjà mon ordonnance, je suis obligée tous les deux mois.

I : D'accord.

P6 : Et puis après, bon ben... Si je suis malade, ou un de mes enfants est malade, voilà.

I : Oui, mais ça, c'est autre chose.

P6 : Donc, non, on va dire, ouais... tous les deux mois, en moyenne.

I : Et, donc, vous m'avez un peu parlé. Vous en fait, à votre entourage, vous me disiez que vous avez plutôt caché les choses, vous n'avez pas trop donné d'indice de ce qui se passait.

P6 : Oui.

I : Et c'est quand vous avez eu cette histoire de porte, en fait, que vous vous êtes sentie obligée d'en parler, à votre conjoint.

P6 : Ouais.

I : Mais sinon, vous n'avez jamais montré, même tenté de faire des sous-entendus pour dire aux gens...

P6 : Non, jamais jamais. Ah ouais, non au contraire. Ah ouais, on veut vraiment pas que ça se sache. Et d'ailleurs, j'avais une amie, ma meilleure amie d'enfance, qui... qui a eu un doute aussi un jour. Enfin... ma meilleure amie d'enfance, que je voyais beaucoup, avec ses... Elle avait un frère et des... Deux frères et une soeur. Et donc les deux soeurs, c'était mes copines. Et un jour, ils m'ont posé la question. Je sais plus, je crois que c'est elle qui m'a posé la question. Elle m'a dit : est-ce que tu te fais vomir ? Et là, ça a été un choc pour moi dans ma tête. Déjà au début, je l'ai regardée, comme surprise. Mais dans ma tête, c'était : non mais c'est pas possible qu'elle me dise ça. Elle s'en est aperçue ? Je lui dis : mais ça va pas, qu'est-ce qui t'arrive ? T'es... Ben voilà, c'était... il fallait que je lui montre par tous les moyens que : non, non, non, c'est... Et je l'ai... et je l'ai nié à tout le monde, tout le monde, tout le monde. Et après, elle a jamais su la vérité, mais je pense qu'elle a eu un doute. Mais elle a jamais su la vérité, et du coup, elle en avait parlé... Parce que son... son mari était... C'était un très bon ami à mon compagnon. Donc ils en ont parlé entre eux. Je le sais. Mais moi... Enfin je le sais. Et moi, je me disais : mais c'est terrible, ils doivent parler de ça de moi, ils pensent ça de moi, c'est... ils ont trouvé le... comment ils ont fait, je comprends pas. Pourtant je... je le montre pas. Et je me suis dit : bah... je sais pas. Et comme... ouais... donc... Et comme en plus, une fois, c'est que ma mère en a parlé à mon compagnon. Donc, lui, doublement il a eu le doute. Il a dit : ben non, c'est bizarre...

I : Parce qu'elle ne savait pas non plus ?

P6 : Ma mère, non. Mais comme je vivais chez elle, et ben elle a eu des doutes aussi. Forcément. C'est en vivant avec la personne tout le temps qu'à un moment donné, y'a des choses qui sont... y'a des signes. Nous, on se rend pas compte, mais eux... Comme mon conjoint quand il m'avait demandé. Il m'avait dit : c'est quand même bizarre, parce que je trouve qu'à... qu'à chaque fois après manger tu vas aux toilettes. Il m'a dit : l'odeur. Et on a beau masquer, voilà. Et là, je lui dis : mais non, mais non. On dit non. Non je dis non. Même si, au fond de moi, je sais qu'il sait que c'est vrai. Parce qu'à un moment donné, je me dis... Enfin, ils sont pas dupes, les gens, quoi. Je veux dire, on a beau dire non, mais... mais ils ont toujours le doute. Ce doute. Et ça, quand ils ont le doute, nous ça nous trouble encore plus. Enfin moi, ça me trouble encore plus parce que... Je me dis : mais pfff... oh la la, faut surtout pas qu'ils sachent, quoi. Surtout pas. Fallait pas que ça se sache, quoi. C'était... Pour moi, sinon c'était... Ouais, c'est pas gérable, quoi. C'est... Sinon faut que... faut que... Faut que je m'en aille, faut pas que je voie cette personne, quoi. Je veux dire... non. Non, on se cache, quoi. On se... on se détache des gens, parce que il faut... Ouais, c'est une honte. Une honte. Franchement, une grosse honte, je trouve. Et puis... Et puis même ce dire : ouais, ils... on me voit comme quelqu'un de malade. Malade, c'est surtout ça aussi. Et alors que je veux qu'on me voie comme quelqu'un de tout le monde. Comme tout le monde, quoi. C'est un peu ça.

I : Et est-ce que vous, vous auriez aimé qu'on change à un moment donné... Alors je pense que oui, avec votre psychologue qui est partie. Mais est-ce qu'il y a un moment de votre prise en charge que vous auriez voulu changer ? C'est-à-dire, depuis que le diagnostic a été posé, que vous en avez parlé à votre médecin, est-ce que vous auriez voulu qu'on dise le diagnostic finalement plus tôt ? Qu'on le dise plus tard ? Qu'on mette plus de suivi avec le psychologue ? Est-ce qu'il y a des choses que vous auriez voulues différemment ?

P6 : Déjà, le suivi psychologique. Je trouvais qu'une... une fois par semaine, je trouvais pas ça suffisant. Je voulais deux fois. Après c'est vrai que par rapport aux horaires de travail et elle, ses disponibilités, c'était un peu compliqué. Mais j'avais besoin par moment de la voir beaucoup plus souvent. Si ce n'est, des fois, presque trois fois par semaine. Et... et à un moment donné, même, je me suis dit : il faut que je me fasse hospitaliser. J'avais pensé à ça. Je me suis dit... Parce que j'avais vu des... dans des émissions, des filles, qui rentraient à l'hôpital, vraiment pour se faire hospitaliser, tellement ça devenait... critique. Et après, j'en avais peur de ça, un peu. Parce que j'avais des enfants. J'avais déjà eu mon fils. Donc j'avais peur de ça. Je voulais pas le laisser. Mais, ouais je voulais. Enfin je sais pas quelle aide on pouvait avoir. Après... moi je trouvais. Bon je trouvais que le psychologue et... ça me convenait. Mais peut-être plus de séances. Plus de séances. Et après, le diagnostic plus tôt. Bah, tant qu'on en parle pas, on peut pas vous le dire. C'est ce que... Si vous en parlez pas à un médecin, personne pourra vous le dire, à part les gens qui sont susceptibles de connaître cette maladie, et voilà, qui te dise : bah tiens, t'es boulimique. Mais bon, quelqu'un qui vous dit ça... de votre entourage : oui, ok, t'es pas docteur. Voilà. Enfin, on n'a pas envie d'en parler à un ami comme à un docteur, c'est pas pareil. C'est pas pareil.

I : Ca n'a pas les mêmes conséquences.

P6 : Ben oui. Pourtant j'ai eu des meilleures amies... meilleures amies d'enfance. Mais... mais si, j'en ai parlé à... une amie d'enfance. Ben si, si j'en ai parlé à une amie d'enfance. Et je lui ai expliqué à elle, ouais, je lui ai expliqué. Mais c'était vraiment une... J'ai grandi avec elle, j'ai... Et elle, je crois que c'est elle qui m'a posé la question. Pareil. Mais... après, je lui en ai parlé un jour. Je sais plus pourquoi, comment. Peut-être en soirée, un jour. J'avais trop bu, je lui ai dit, et après elle m'a écouté. Et voilà, quoi. Après, elle savait. Et ça m'a fait du bien d'en parler avec elle d'ailleurs. Et elle en a jamais parlé à personne, heureusement. Je savais que je pouvais avoir confiance en elle. Mais bon, ouais. Mais c'est vrai que c'est un... En fait, ça, il faut en parler, quoi. Parce que garder ça pour soi, c'est dur. Autant on n'a pas envie d'en parler, que on a besoin. Quand même. Mais plus à des gens... on va dire des médecins. Je crois plus des médecins que des amis. Parce que des amis... On a toujours peur un peu du jugement, faut vraiment être sûr de la personne, quoi. Donc on peut pas le dire à tout le monde, ça c'est pas possible. Même notre famille... Ouais, la famille. Moi, ma famille n'est pas au courant. Personne de ma famille. Personne, hein, ils ont... Ma mère a eu des doutes, comme elle en a parlé à mon père. Ils m'ont demandé, ils m'ont posé la question, j'ai toujours, toujours dit non. Toujours. Après, je me dis qu'au fond d'eux, ils doivent s'en douter un peu, mais... Je leur dirais pas. Ca c'est sûr.

I : Ok. Bon, ça tombe comme un cheveu sur la soupe, mais du coup, la suite c'est : vous, votre relation avec votre médecin généraliste, vous la décririez comment, avec le docteur XXXX ? Là, de ce que vous aviez l'air de me dire, c'est plutôt une relation où vous vous sentez quand même en confiance avec lui.

P6 : Bah, oui, oui. J'ai... Comment... Ben, un peu, pour l'instant, je le trouve un peu comme mon psychologue, en substitut, quoi. Parce qu'il est vachement à l'écoute, c'est un médecin qui sait... il connait, je trouve, un petit peu. D'ailleurs, la preuve, quand c'est lui qui m'a dit : ben tenez, ça vous dirait d'en parler, voilà. Je lui dis : ben oui, bien sûr. Pareil, quand je le vois, il me demande : alors, et ça, on en est où ? Voilà, il veut savoir un peu. Donc... Ouais, je le... Il est à l'écoute, et ça... ça réconforte un peu de savoir que... que voilà, si besoin, il est là, et qu'il... voilà, lui aussi, comme je lui expliquais, voilà que j'avais plus de psychologue. Je lui ai expliqué tout ça. Mais il m'a dit : tenez. Direct, il m'a sorti la carte. Donc ça m'apaise, ça me soulage. J'ai l'impression de... Parce que là, quand... quand mon psychologue m'avait laissée, je me suis dit : là je suis seule au monde, quoi. Avec ma maladie. Comment je vais faire ? Donc, voilà, après j'en ai parlé, voilà, au docteur XXXX. Franchement depuis le... depuis le temps que je l'ai connu, j'ai pas mis très longtemps à lui en parler, parce que bon, ben peut-être vu que j'en avais déjà parlé à un médecin, peut-être que, après avec mes psychologues, peut-être c'était plus facile d'en parler maintenant que au début. Donc, voilà. Donc, voilà, lui... Ben lui, comme un docteur, il a... il a aidé comme il peut, quoi. Donc, oui, j'ai une bonne relation avec lui.

I : J'ai un peu demandé ça tout à l'heure, mais pas exactement de la même façon. Est-ce, quand vous avez parlé du trouble alimentaire avec vos médecins généralistes, l'ancien et le docteur XXXX, est-ce

que vous auriez attendu quelque chose de particulier, en fait, de ça part ? Quelque chose qui ne s'est pas passé pendant la consultation, ou pendant les autres consultations.

P6 : Ben non. Non.

I : D'accord.

P6 : Non, parce qu'ils m'ont... Quand je lui en ai parlé, mon ancien médecin, le premier, il m'a dit quoi faire. Donc pour moi, il a fait ce qu'il avait à faire, quoi. Il m'a... Il m'a bien aidée, il m'a donné le nom du centre, il a fait la lettre. Non franchement, non, rien de particulier, non. Non.

I : D'accord, et est-ce que... Ca, vous m'avez aussi un peu dit, mais je vais le poser quand même. Est-ce que, là, aujourd'hui, vous attendez quelque chose de particulier en plus du docteur XXXX ? Quelque chose qu'il n'aurait pas fait jusqu'à maintenant, que vous aimeriez qu'il fasse.

P6 : Ah, du docteur XXXX ?

I : Oui. Comme c'est lui qui vous suit aujourd'hui.

P6 : Ouais. Non. Ben non. Ben non, parce que je vois pas qu'est-ce qu'il peut faire, quoi. Je me dis, c'est... Ouais, un médecin généraliste. Si, à part me... voilà, m'orienter vers les bonnes personnes, voilà. Sinon, non rien de particulier.

I : D'accord. C'est un peu redondant par rapport à ce que vous m'aviez raconté, mais bon. Est-ce que, à un moment donné. J'ai posé une question qui ressemblait tout à l'heure. Est-ce que, à un moment donné, votre généraliste aurait pu intervenir dans votre prise en charge ? A un autre moment, je pense que de ce que vous m'avez dit, a priori, non.

P6 : A un autre moment ? Ben...

I : Oui, parce que vous, vous attendiez de toute façon d'en parler. Enfin il n'aurait pas pu trouver tout seul.

P6 : Voilà, c'est ça. C'est ça. Quoique, des fois, ben... Avant que je ne lui en parle, je sais que j'ai... Quand, du coup j'ai des moments dépressifs, j'allais le voir. Franchement, je savais. Quand j'allais voir mon médecin, je me sentais pas bien, enfin... pas bien psychologiquement, on va dire. Moi, je lui disais que j'étais malade pour qu'il m'arrête. Pour pas aller travailler, parce que j'étais en pleine dépression. Je pouvais pas. Des fois, trop de... trop de vomissements, tout ça, m'affaiblissaient énormément. J'avais plus de force. Et... donc je lui disais pas : oh ben je vomis, hein. Et des fois, quand il me... il m'auscultait, je... peut-être que j'ai espéré qu'il le découvre. Peut-être. Mais, parce que vu que moi j'arrivais pas à en parler. Et ça... A force, c'est usant, parce qu'on... C'était usant, quoi. On se dit, vu que nous on veut pas en parler, mais on veut qu'on médecin nous aide, mais... c'est compliqué. Donc, on se dit, peut-être lui, il va le découvrir, vu que c'est un docteur. On croit qu'ils découvrent tout, mais... non. (rires) Mais non.

Je me suis rendu compte que non. Donc, ouais, peut-être ça. Peut-être j'aurais aimé qu'ils découvrent par eux même et me posent peut-être en premier la question pour que... pour que je sois suivie avant, depuis longtemps. Au lieu d'avoir attendu tant de temps avant de voir un psychologue, parce que, du coup, du coup je suis peut-être restée quand même, on va dire, ben 8 ou 9 ans comme ça. Sans voir de médecin, sans voir de psychologue, sans avoir de traitement. Ouais, parce que... 32:26 C'est à dire j'étais suivie 9 ans. On va dire ça fait 20 ans... Ouais on va dire peut-être 10 ans. Ouais 8 ans, 8 ans comme ça. Donc j'aurais, oui, peut-être, aimé qu'il découvre avant. Le généraliste.

I : Oui, parce que ça fait quand même lourd à porter toute seule.

P6 : Ouais, ah ouais. Ah ouais, ouais, ouais. Ouais, ouais. Ouais. Et ouais, donc... ouais, ça a commencé, ouais, 21 ans. Donc, au début, toute seule... Ben, au début, on se rend pas trop compte. Après, quand on se rend compte que... que ça se termine pas et que ça continue, après quand on commence à devenir maman, qu'on vit une vie de famille. Là, on se dit : waouh, c'est... ma vie, elle est bizarre, quand même. Elle est... Enfin, on a des inquiétudes. Déjà, devenir maman, on a des inquiétudes. En plus, pendant ma grossesse quand même. Ca m'a... J'ai eu deux enfants, ça arrivait quand même beaucoup moins, c'était moins fréquent, c'est pas pareil. C'est différent, mais quand même. Je me faisais quand même vomir. Ou je mangeais... ou si, non, je restais pas une journée sans manger, c'est pas possible. Mais, ouais, quand même. Et alors que moi, je croyais, le fait d'être enceinte, je me suis dit, quand j'étais jeune, je me suis dit : oh le jour que je suis enceinte, ça s'arrêtera. Bah non. Ben non. Donc, ouais, c'est peut-être, ouais, voilà. Les généralistes. Ou peut-être on croit qu'il va le déceler, trouver ça, mais non. Donc... Peut-être, j'aurais attendu ça, voilà. Ouais. (tousse)

I : Et est-ce que... Moi, j'ai à peu près posé les questions que je voulais, mais est-ce que vous, il y a des choses que vous voudriez me raconter en plus ? Que vous voudriez ajouter ?

P6 : Sur...

I : Sur tout ce que vous voulez. (rires) Moi, ce qui m'intéresse, c'est votre point de vue, donc vraiment sur ce que vous voulez.

P6 : Ouais, alors moi, ce qui... ce que j'ai compris, parce qu'avec ces... avec mon psychologue, hein, ces 9 ans de thérapie. Moi, je voulais savoir d'où ça venait. Pourquoi ça ? Pourquoi c'est arrivé ? Et du coup, elle m'a bien fait comprendre que c'est la relation avec ma mère. Alors, ça, moi, au fond de moi, je le savais quand même. Un petit peu. (34 :33) Je l'avais compris que c'était mon enfance. Je l'avais très bien... je l'avais bien compris que j'avais un mal être pendant l'enfance. D'ailleurs, c'est arrivé... enfin pas adolescente, puisque à 21 ans c'est arrivé. Mais du coup, oui, j'en veux. J'en veux à mes parents. J'en veux énormément à mes parents. Beaucoup à ma mère. Parce que elle, dépressive déjà, moi je l'ai vécu. J'ai vraiment des souvenirs petite de ma mère dépressive, suicidaire. C'est des choses, vraiment,

douloureuses encore. A l'heure aujourd'hui, à porter. Et j'ai une relation avec ma mère... assez spéciale, et qui me... qui me dérange encore, toujours à l'heure d'aujourd'hui, d'où pourquoi ça s'arrête pas, tout ça. Et en plus, ma psychologue m'avait dit. Parce que je lui avais dit : mais quand est-ce que ça va s'arrêter quoi ? Quand est-ce que... Est-ce que, un jour, ça va s'arrêter ? Parce que ça me... C'est dur. Et du coup, elle m'avait bien fait comprendre : ben quand j'aurais perdu ma mère, en fait. Quand elle sera décédée, y'aura un soulagement au fond de moi. Et parce que moi, même moi un jour j'y avais pensé à ça. Je me suis dit, et c'est terrible de se dire ça. On se dit : mais en fait, le jour où ma mère sera décédée, voilà, peut-être que ça va se calmer. Je sais pas. Peut-être j'aurais un soulagement. Même moi, j'y avais pensé. Et... je lui avais dit ça, je lui dis : c'est terrible que je dise ça. Elle me dit : ben, non. Elle me dit : vous avez très bien compris le truc, quoi. C'est ça. Parce que elle du coup... parce que moi quand j'ai voulu savoir, elle, elle m'a expliqué. Elle m'avait dit que, en fait, quand... la relation avec la mère et l'enfant... La mère, elle nourrit l'enfant. Elle nourrit l'enfant. Donc si elle le fait bien avec amour, l'enfant se porte bien, grandit bien, enfin tout ça, c'est du bébé à, on va dire, à l'adolescence. Si on nourrit notre enfant avec amour, normalement, on l'aide à grandir normalement. Mais si on le... si on le fait mal, je veux dire on le nourrit pour le nourrir, ou c'est mal fait, enfin, je sais pas comment vous expliquer que de la façon qu'elle m'a expliqué. Si c'est pas fait avec amour, ben en fait, ça se ressent après l'enfant dans l'adolescence, surtout chez les filles. Parce que la relation mère-fille est assez compliquée, par rapport à garçon-mère. D'où ce rejet de nourriture. Elle m'a expliqué, c'est un... voilà, on rejette l'amour qui a pas été donné. Elle me dit : c'est pour... vous prenez pour... elle me dit : vous mangez pour vous soulager, pour vous apaiser le mal être que vous avez. Le manque d'amour de votre mère. Mais après, vous le rejetez. Parce que c'est pas ce que vous avez voulu. Et quand elle m'a dit ça, j'ai dit : c'est tout à fait ça. C'est tout à fait ça. Elle m'a... elle m'a éclairée. Et du coup, ça m'a fait en vouloir dix fois plus. Je me suis dit... mais en fait je réfléchissais, même elle me disait : essayez de vous rappeler, parce qu'elle me demandait comment l'enfance elle a été. Jusqu'où je pouvais me rappeler. Et j'ai des petits souvenirs, quand même, très petite, quand même. Qui m'ont marquée. Même des photos que j'ai vues chez ma mère. Même elle, ce qu'elle m'a, ce qu'elle a pu me raconter. Elle m'a... Elle était tellement dépressive, qu'à même... j'avais même pas un an, j'étais... j'ai été placée dans une famille d'accueil, quand même. Donc je me dis, moi d'avoir entendu ça, mais ça m'a fait mal parce que surtout que j'étais maman. Et moi, moi mes enfants, jamais j'aurais pu m'en séparer. Jamais de la vie. Et pourtant j'étais... j'ai été dépressive. J'étais dépressive pareil, peut-être pas à son point, c'était pas le... la même maladie, pas le même niveau. Et malade, mais franchement, jamais de la vie, j'aurais fait n'importe quoi. Déjà ils l'ont pas... ils ont pas remarqué enfin... ils l'ont pas remarqué... Ils voyaient que des fois y'avait des petits changements d'humeur. Bon, le grand sent un peu plus, je vois qu'il s'inquiète un peu pour moi, des fois. Il voit quand je vais pas bien. Ils le ressentent un peu, les enfants. Même ma fille, elle, elle était petite. On va dire quand... si moi je pleure intérieurement, elle, elle pleure extérieurement. Bébé, je me rappelle, elle pleurait. Et j'en parlais à ma psychologue quand je la couchais, souvent, le soir, dans mes moments de dépression, je voyais qu'elle, elle le sent... Elle pleurait. Et elle m'a dit : ben vous savez quoi, votre

enfant, il pleure pour vous. Et je lui disais : ça, je le remarque, parce que quand je vais bien et que je me sens bien, tout va bien. Je la couche, elle s'endort tranquillement, paisiblement. Voyez, comme quoi, vous pouvez transmettre des choses. Et ça, je lui dis : ça c'est vrai, je le remarque. Parce que même moi, je remarque au comportement des enfants. Quand je vais bien, mon moral est au top, ils sont au top. Quand je suis pas bien, ils sont pas bien. C'est incroyable comment on peut percevoir... on peut transmettre les choses à nos enfants. Du coup, moi j'ai ressenti tout le mal être de ma mère. Toute sa dépression, je l'ai vécue, comme elle. Et après, ben forcément, quand on grandit, on grandit avec un mal être déjà au fond de nous parce que notre mère, ben, quoi qu'il arrive, on l'aime. Plus que tout. Et... pfff... et du coup, ben ça rend malheureux, et puis voilà. On grandit, et puis après, ben soit il se passe rien, soit... soit il se passe quelque chose. Donc ça peut être une boulimie comme autre chose. Moi elle m'a expliqué : ben vous ça a été ça. Et y'en a d'autre, voilà ça peut être autre chose. Donc, les états dépressifs... Mais voilà, ce qu'elle m'a fait comprendre, c'est que j'ai vécu, en fait, la dépression de ma mère dès le plus jeune âge. Donc, c'est pour ça que c'est pas venu comme ça. Moi je me suis dit... je lui dis... Parce que moi au début, je croyais que c'était... j'avais peur de grossir. Voilà, je me suis dit : ah, je me trouvais grosse. Je me suis mis à vomir. Voilà, j'ai... voilà, après, je voulais savoir si... Voilà, elle m'a expliqué que y'a pas que ça. Ca vient pas comme ça. C'est pas...

I : C'est pas du jour au lendemain.

P6 : Non. Non. Parce qu'en plus elle me dit : souvent, ces trucs là... Elle me dit : ça arrive vers l'adolescence. 15, 16 ans. Les filles, elles veulent maigrir, nin-nin-nin. Donc c'est : soit elles se font vomir 2-3 fois, et hop, elles sont pas boulimiques, ou elles le sont, ou elles deviennent anorexiques. Mais elle me dit : vous, c'est arrivé à 21 ans, au moment où je suis partie vivre en Angleterre pendant 2 ans. Et je vivais chez ma mère à cette époque là. J'étais jamais partie du foyer. Jusqu'au jour où j'ai été faire fille au pair chez une amie. Et je suis partie. Et bah c'est arrivé à ce moment là. C'était... Et elle m'a dit : ça a été surement... Ce qui a déclenché, c'est que vous quittez... Vous êtes loin de votre mère. Et ça vous a... fait... ça a provoqué des angoisses. Et ce qui a commencé là dessus. Parce que là, je la voyais pas. Pas tout... Enfin je la voyais, quoi, deux fois par an. J'allais pas toujours en France, donc... Donc moi, moi pourtant j'étais contente. Je comprenais pas. Je vivais... ben voilà, mais j'étais loin de tout, loin de la France, loin de mes amis, de ma famille, et... et elle m'a dit : pour vous, c'est... pour vous, c'est des angoisses, d'être loin de... de votre famille. Ca provoque des angoisses. Parce qu'elle m'a dit : petite, vous avez été abandonnée. Et elle m'a expliqué, c'était le subconscient qui travaille. Et le subconscient, il oublie rien. Et ça, ça... pour moi, ça... Ouais pour moi, si elle m'aurait jamais dit, j'aurais jamais compris. Après, je me dis... Et quand elle m'expliquait ça, moi je me disais qu'elle avait raison. Je me suis dit : oui, elle a raison. Ce qu'elle dit, c'est vrai. Je le...

I : C'est ce que vous ressentez.

P6 : Ouais, c'est ce que je ressens. Toujours, ben d'ailleurs, la psychologue... Cette psychologue, quand elle a arrêté. Ben ça a été, l'autre psychologue elle m'a dit : vous avez ressenti ce sentiment d'abandon encore. Encore une fois. Et là, du coup, ça a plus été la boulimie, mais l'alcool. En fait, je trouve toujours un truc compensatoire. Dès que j'ai un mal être. Enfin un sentiment d'abandon surtout. Donc c'est... Ce sentiment, je me dis : est-ce qu'il va rester toute ma vie, quand même ? Parce que, j'ai 40 ans, se sentir abandonnée, même par un psychologue, c'est terrible, quoi. Donc je me dis, j'ai quand même du pas mal souffrir de... de cette relation avec ma mère qui, par moment, n'était pas toujours là. Pas toujours. Parce que, petite, bon elle m'a mis en... en famille d'accueil, elle a pas eu le choix. Y'a eu aussi même un peu après, vers un peu plus grande, 4-5 ans, 6 ans... Suite à des dépressions et des tentatives de suicides, bah, en maison de repos. Donc pareil, en nourrice. Encore en nourrice. Et toujours sans ma mère. Donc... là, on est un peu plus grand, on a 5 ans, 6 ans, 7 ans, 8 ans... Là, on se rend compte que notre mère, elle est pas là, quoi. Et mon père non plus. Parce que mon père, lui, il était pas là depuis... depuis longtemps. Mais j'avais mon beau père, qu'a... qu'a remplacé quand même. 43:10 Mais bon, ben c'est surtout la mère. L'enfant est... Je veux dire, au départ, il a besoin... C'est la maman. Donc ça, ça a été vraiment, vraiment compliqué. Et après, ben... Après, ben on vit avec. On vit avec. Et après, ce qu'est dur, c'est quand nous, à nouveau, on devient mère. De... pfffiou. Ca c'est dur. Parce qu'alors, là... Là, et depuis... et quand j'ai eu mon garçon, ça a été. Franchement, ça a été. Mais par contre, quand j'ai eu ma fille, alors là, c'est terrible, parce que... j'ai... Ma psychologue me dit : vous avez trop peur de rejouer ce... En fait, j'ai peur que ma fille sente ma dépression, enfin qu'elle soit malheureuse, ou même mon fils, hein, des fois j'ai peur qu'y ait... J'ai peur de mal faire les choses pour eux. J'ai toujours peur. Et elle me dit : vous vous mettez une barre, mais tellement haute, que... Toute seule, vous vous faites des angoisses, des pressions énormes. La mère parfait n'existe pas. Alors que moi, je veux être, voilà, la meilleure, quoi. Mais ça n'existe pas, on a... On peut pas. Mais voilà, je me dis : pfff, moi, ce qu'elle m'a fait, je... Moi je peux pas, enfin. Moi je veux toujours être là, présente pour mes enfants, même des fois, je les étouffe trop. Donc je me rends compte, quoi. Voilà, je suis trop... Trop, comment on appelle ça, la... Couveuse, quoi. Trop, trop. Mais bon, voilà, je me rends compte un peu, mais c'est pas évident. C'est pas évident.

I : Mais comme vous avez le souci de bien faire, c'est sûr que vous faites bien.

P6 : Après, voilà. Après, elle me dit : là où vous pouvez vous soulager, c'est que... vous leur donnez tellement d'amour, que... Voilà quoi. Je lui dis : ouais, mais des fois, je leur... Alors, toujours, je culpabilise toujours. Je me trouve toujours un défaut. Ouais, je leur donne de l'amour, mais des fois, quand je suis pas bien, je peux m'énerver. Je peux... je peux... Si je mets une fessée, ça me... Oh, ça me... je culpabilise grave, après. Parce que ma mère m'en a mis des... des bonnes. Ah, elle a été violente par moments. Petite, elle a été très violente. Et ça, j'en ai un mauvais souvenir, pareil. Donc moi, mettre une fessée à mes enfants, ouah, c'est... Je crois qu'ils s'en souviennent, le peu que j'ai mis, c'est rare, quoi. Mais voilà, donc c'est pas évident, voilà, d'être ma... Même une fois, une fois, je me suis dit : j'aurais pas dû faire d'enfant, parce que c'est trop dur. C'est trop dur à supporter de toujours peur qu'on

fait mal, de... d'être une mauvaise mère. En fait, j'ai peur voilà, d'être une mauvaise maman. Parce que moi, vu que j'en ai souffert, j'ai pas envie que eux ils souffrent comme moi je souffre. J'ai envie qu'ils soient heureux. Après, elle me dit : tout le monde n'est pas heureux dans la vie, il faut... On a tous des petits tracas, hein, elle me dit. C'est pas pour autant qu'ils vont être dépressifs vos enfants, faut pas... Donc on, ouais, on se met tellement des pressions. C'est énorme, quoi. Et ça, j'en veux à ma mère, du coup, parce que je me dis : c'est terrible. A cause de ça, j'aurais été une enfant normale. J'aurais grandi normalement. Enfin je sais pas, comme mes copines. Des fois, je trouvais que, voilà, elles avaient une mère normale. Et moi, non. Et je me disais, ben... Après je vois autour de moi, quand même. Je vois des gens, ben ils élèvent leurs enfants, ils font des bêtises aussi, donc... Ca me soulage un peu, hein. Je me dis...

I : Chez tout le monde, y'a des soucis.

P6 : Après, ils sont pas malheureux, ben oui. On a tous... On sait pas tout, mais voilà.

I : Vu que vous vous inquiétez pour eux, et que vous faites tout pour eux, y'a pas de raison qui fasse que...

P6 : Ouais, voilà. Et puis y'a leur papa aussi. C'est pareil, c'est quelqu'un de très équilibré. Donc franchement, ça me soulage quoi. Je me dis : ils sont bien entourés. Et voilà, on est là pour eux, et je pense pas que... Je pense pas que, plus tard, ils seront dépressifs, quoi. Je pense pas. Donc, voilà ça me soulage quand même, mais bon j'ai... J'ai toujours besoin, je crois, qu'on me le rappelle. Et c'est pour ça que le psychologue aide aussi à ça. Parce que devenir mère quand on a un souci, c'est pas évident, je trouve. Vu que ce problème vient de la relation mère-enfant. Donc après, on rejoue une histoire. Donc ce que... La psychologue m'a dit : vous rejouez une histoire mère-enfant. C'est là qu'il faut... Qu'il faut encore de l'aide. C'est de l'aide constamment. Donc voilà. J'espère que je vous ai aidée (rires).

I : Ben, c'est sûr, moi, de toutes façons, tous les récits, toutes les histoires, c'est ce qui m'intéresse.

P6 : Ouais. Ouais. Et vous avez fait plusieurs personnes déjà, ou pas ?

université PARIS-SACLAY | ÉCOLE DOCTORALE Santé Publique

Titre : TCA-MG : place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de TCA

Mots clés : troubles des conduites alimentaires, médecine générale, soins primaires, dépistage, dépression, temporalité

Contexte : Les personnes atteintes de troubles des conduites alimentaires (TCA) auraient un meilleur pronostic s'ils étaient pris en charge précocement pour cette maladie. Le médecin généraliste (MG) est souvent cité dans les recommandations internationales comme un acteur principal de dépistage et de prise en charge précoce des patients atteints de TCA. Les études de prévalence effectuées dans un contexte de soins primaires (SP) ne retrouvent pourtant que peu de patients atteints de TCA, voire aucun. Aucune étude de prévalence en MG en France n'a encore été effectuée. La dépression est souvent étudiée comme une comorbidité fréquente des TCA.
Objectif : Etudier la place du MG dans la prise en charge des patients atteints de TCA
1)Evaluer l'efficacité d'un dépistage systématique des patients atteints de TCA par des MG sur leur pronostic et leur taux de guérison.
2)Décrire les caractéristiques des patients atteints de TCA et suivi en MG et d'étudier la temporalité entre la survenue d'une prise en charge pour dépression et prise en charge pour TCA
3)Décrire les perceptions des MG et des patients de la place du MG dans la prise en charge de ces patients
Méthodes
1)Revue systématique de la littérature selon les critères PRISMA
2)Etude de cohorte à partir de la prise en charge en médecine générale de patients atteints de TCA avec analyse de différents groupes de suivi comparant les patients TCA pris en charge pour dépression et ceux non pris en charge pour dépression.
3)Etude qualitative en miroir de patients atteints de TCA et de MG sélectionnés dans la cohorte disponible des MG, avec analyse par théorisation ancrée et phénoménologique en miroir, avec double codage d'entretiens semi directifs
Résultats : La revue systématique de la littérature n'a pas permis de conclure à l'efficacité d'un dépistage systématique des TCA par les MG, du fait d'une littérature hétérogène, composée en grande majorité d'articles d'opinion dans un contexte de SP.
1310 patients (sur 350 000 patients suivis) ont eu au moins une prise en charge pour TCA par des MG de l'OMG entre 1994 et 2007. 80 % étaient des femmes, âgées de 35,19 ans en moyenne. Seuls 39 % avaient une amorce de suivi pour TCA. 67,1 % avaient une première prise en charge pour TCA. 32,3 % d'entre eux avaient eu au moins une fois une prise en charge pour dépression, dont 62,41 % pour la première fois. Les patients ayant une dépression étaient plus âgés, plus suivis pour TCA que les autres. Un cinquième des patients TCA ont eu au moins une fois une prescription d'antidépresseurs dans leur suivi, un peu moins de la moitié des anxiolytiques. La prise en charge pour DEP ne précédait pas la prise en charge du TCA.
Dans l'étude qualitative, les 24 MG et les 8 patientes décrivaient la prise en charge comme difficile et longue. L'enjeu d'une bonne prise en charge dépendait d'une relation de confiance des deux acteurs, d'un côté une patiente prête à se livrer en dépassant le déni et le sentiment de honte, de l'autre côté, un médecin prêt à écouter, en dépassant son sentiment d'impuissance.
Discussion : Il s'agit de la première étude en France s'intéressant à la prise en charge des patients en SP, utilisant des méthodes complémentaires. Les enjeux de prise en charge des TCA en SP restent à définir. La dépression et les TCA étaient concomitants et semblent devoir être pris en charge dans une approche globale. Cette approche devra tenir compte de situations retrouvées dans les deux syndromes : la mauvaise estime de soi, une image négative de son corps, des antécédents de maltraitance, des antécédents familiaux psychiatriques de dépression ou de TCA au premier degré.