



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Le médecin généraliste face au patient souffrant d'anorexie
mentale : approche, difficultés et perspectives.**

Présentée et soutenue publiquement le 27 Septembre 2019 à 16h
Au Pôle Formation
Par Romain Bouchet

JURY

Président :

Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier

Assesseurs :

Monsieur le Professeur SEGUY David

Madame le Professeur CATTEAU-JONARD Sophie

Monsieur le Professeur DODIN Vincent

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur VERRIEST Olivier

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD	Affection de Longue Durée
CITD	Centre d'Information et de Traitement des Dépendances
CMP	Centre Médico Psychologique
CNIL	Commission Nationale Informatique et Libertés
DPC	Développement Professionnel Continu
FFAB	Fédération Française Anorexie Boulimie
HAS	Haute Autorité de Santé
HEADSSS	Habitat Éducation Activités Drogues Sexualité Sécurité Santé mentale
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
RPIB	Repérage Précoce Intervention Brève
TCA	Trouble du Comportement Alimentaire
TSTS	Traumatologie Sommeil Tabac Stress

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	8
INTRODUCTION	10
MATÉRIELS ET MÉTHODES	12
RÉSULTATS	14
A. Caractéristiques des sources	14
B. Vécu des médecins généralistes en termes de prévention et de dépistage de l'anorexie mentale	15
1. Représentations sur les éléments d'influence	15
2. Repérer les patients à risque d'anorexie mentale	16
3. Freins à la prévention et au dépistage	18
4. Voies d'amélioration de la prévention et du dépistage	20
C. Vécu des médecins généralistes en termes de diagnostic de l'anorexie mentale	23
1. Regard sur les éléments diagnostiques	23
2. Ressenti des médecins généralistes	25
3. Freins au diagnostic	26
4. Voies d'amélioration du diagnostic	27
D. Vécu des médecins généraliste en termes d'accompagnement des patients souffrant d'anorexie mentale	28
1. Relation avec le patient	28
1.1. Représentations des médecins généralistes	28
1.2. Attitude des médecins généralistes	29
1.3. Ressenti des médecins généralistes	32
1.4. L'alliance thérapeutique	35
1.5. Projections et démedicalisation	37
2. Rôles des médecins généralistes	39
3. Difficultés dans l'accompagnement	44
3.1. Liées au patient	44
3.2. Liées à l'entourage du patient	45
3.3. Liées au médecin généraliste	46
3.4. Liées à l'organisation des soins	46

4. Voies d'amélioration de l'accompagnement	48
DISCUSSION	51
A. Discussion autour des objectifs de l'étude	51
B. Discussion autour de la méthodologie	51
1. Forces de l'étude	51
2. Limites de l'étude	52
C. Discussion autour des résultats de l'étude	53
CONCLUSION	62
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	64
ANNEXES	67

RÉSUMÉ

Contexte

L'anorexie mentale est une pathologie rare mais à laquelle les médecins généralistes peuvent être confrontés. Leur place dans la prévention, le diagnostic et l'accompagnement des patients est primordiale. De par la complexité de ce trouble du comportement alimentaire (TCA), les médecins généralistes font face à de nombreuses difficultés. L'objectif de cette étude est donc d'analyser le vécu des médecins généralistes face à l'anorexie mentale afin de mettre en évidence ces difficultés et d'apporter des perspectives d'aide afin d'améliorer la prise en charge.

Méthode

Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de l'analyse par théorisation ancrée, réalisée par entretiens semi-dirigés de 12 médecins généralistes des Hauts-de-France.

Résultats

Les médecins généralistes ont conscience de leur rôle primordial de repérage des patients à risque de développer une anorexie mentale, notamment lorsqu'ils ont l'occasion de voir les adolescents en consultation. Ils éprouvent peu de difficultés pour diagnostiquer ce TCA, mais déplorent un manque d'actualisation de leurs connaissances. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes sont liées à la communication avec les patients, avec leur entourage et avec les autres acteurs du système de soins. D'après eux, le manque de codification dans la coordination des soins est un obstacle à la prise en charge optimale du patient. Les pistes d'amélioration évoquées par les médecins généralistes sont : sensibiliser la population générale aux TCA et à l'impact des médias, voir plus souvent les adolescents en consultation, renforcer la formation des médecins, développer les capacités de communication, obtenir le remboursement de la consultation chez le psychologue, avoir recours à des associations et structures extra-hospitalières, mieux organiser le réseau de soins.

Conclusion

En ce qui concerne les perspectives d'amélioration, la communication reste le maître mot. Renforcer les capacités de communication avec les adolescents permettra de mieux les repérer. Améliorer la communication avec les patients souffrant d'anorexie mentale et leur entourage renforcera l'alliance thérapeutique. Mieux communiquer entre professionnels de santé améliorera la coordination des soins et permettra le partage de connaissances. Le Réseau TCA des Hauts-de-France répond déjà à certaines de ces pistes, mais il est méconnu des médecins généralistes et manque de visibilité.

INTRODUCTION

L'anorexie mentale est une pathologie rare dont la prévalence est estimée entre 0,9 et 1,5% chez les femmes et entre 0,2 et 0,3% chez les hommes. Bien qu'elle concerne majoritairement les adolescents entre 13 et 18 ans, elle peut être observée dès l'enfance ou apparaître à l'âge adulte. (1) Un document de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) de 2014 note par ailleurs que 20% des adolescentes adopteront une attitude alimentaire restrictive au cours de leur vie, ce qui justifie une vigilance particulière de la part des différents acteurs de santé. (2) (3)

En 2014, une publication norvégienne s'est interrogée sur la place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'anorexie mentale. Elle met l'accent sur le rôle essentiel du médecin généraliste dans le diagnostic de cette pathologie, ainsi que sur son rôle d'orientation vers d'autres acteurs de soins. Cette publication conclut que si la prise en charge initiale peut être appréhendée par le médecin généraliste seul, un recours aux services spécialisés semble indispensable. (4)

Une étude de 2016 menée par l'Université Médicale de Duke aux Etats-Unis conclut quant à elle que la prise en charge de l'anorexie mentale peut être faite par les médecins généralistes seuls, dans certaines circonstances, en fonction des connaissances et affinités du praticien concerné. (5)

Le *Royal Australian College of General Practitioners* publie en 2017 une étude qui souligne une fois de plus le rôle primordial du médecin généraliste dans le diagnostic de cette pathologie, ainsi que dans l'orientation des patients vers les structures de soins adaptées tout en rappelant également l'importance d'un diagnostic précoce afin de prévenir les complications et d'améliorer les perspectives de guérison des patients. (6)

L'*American Medical Association* recommande un dépistage annuel de l'anorexie mentale chez tous les patients entre 11 et 21 ans, en incluant la recherche systématique d'une modification de l'image corporelle, ou l'utilisation de stratégies de

perte de poids. En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande un dépistage de l'anorexie mentale seulement chez les enfants et adolescents dont les paramètres de croissance changent rapidement de couloir et encourage les médecins à les questionner sur leurs habitudes alimentaires. (7) (8)

Si la place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'anorexie mentale en tant qu'acteur primordial des soins primaires a déjà été traitée dans de nombreuses publications, l'analyse du vécu des médecins généralistes face à cette pathologie est absente.

Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est donc d'analyser l'approche des médecins généralistes des Hauts-de-France dans leur relation avec les patients souffrant d'anorexie mentale et de déterminer les difficultés auxquelles ils font face afin d'améliorer l'accompagnement de ces patients. Les résultats profiteront aux médecins généralistes, ainsi qu'à leurs patients, en apportant des perspectives d'aide afin de mieux appréhender la prévention, le diagnostic et l'accompagnement des patients.

Comment les médecins généralistes des Hauts-de-France vivent-ils leur relation avec les patients souffrant d'anorexie mentale ?

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Type d'étude

Cette étude qualitative est inspirée de la méthode d'analyse par théorisation ancrée, en abordant le point de vue du médecin généraliste. Les données sont recueillies par entretiens semi-dirigés auprès d'une population de médecins généralistes des Hauts-de-France.

Recrutement

Différentes modalités de recrutement ont été appliquées. Les premiers médecins ont été contactés par email, obtenus sur le site internet du Collège des Enseignants de Médecine Générale. D'autres médecins ont été contactés par téléphone, d'après une liste établie auprès du service de psychiatrie de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul à Lille de médecins généralistes ayant adressé des patients souffrant d'anorexie mentale. Enfin, les derniers médecins ont été recrutés par effet boule de neige.

Un échantillonnage en variation maximale a été effectué. Les variables suivantes ont été identifiées :

- Sexe : masculin / féminin
- Classe d'âge : 30 – 39 ans / 40 – 49 ans / 50 – 59 ans / > 60 ans
- Milieu d'exercice : urbain / semi-rural / rural
- Mode d'exercice : libéral exclusif / libéral non exclusif
- Nombre moyen d'acte par semaine : < 100 / 100 – 150 / 150 – 200 / > 200
- Patients anorexiques dans la patientèle : actuellement / dans le passé

Les critères d'inclusion ont été les suivants : médecins généralistes thésés, en activité, installés dans la région des Hauts-de-France, acceptant de participer à un entretien enregistré.

Au total, 59 médecins ont été contactés, 38 n'ont pas donné de réponse, 6 n'ont pas souhaité participer pour des raisons propres à chacun d'entre eux, un entretien a

malheureusement été annulé par un médecin pour raison personnelle, 2 médecins ont été exclus car ils n'étaient plus en activité.

Recueil des données

Les données ont été obtenues par enregistrement d'entretiens semi-dirigés, par le chercheur principal. Une application dictaphone sur smartphone a été utilisée pour l'enregistrement.

Un guide d'entretien a été préétabli puis modifié au cours de l'étude en parallèle de l'analyse. Il débute par le recueil des caractéristiques de chaque participant, puis se compose de questions ouvertes, ainsi que de questions de relance.

Analyse des données

Les enregistrements ont été retranscrits manuellement sur le logiciel Microsoft Word de façon anonyme. Cette première étape permet d'aboutir à la rédaction de verbatim.

Un codage ouvert a ensuite été effectué, en formulant des codes à partir du verbatim, à l'aide du logiciel Nvivo 11. Un deuxième chercheur est intervenu dans l'analyse, en participant également au codage ouvert. La mise en commun des codes des deux chercheurs correspond à la triangulation.

Enfin, le chercheur principal a effectué un codage axial à partir du recueil final de codes communs. Cette étape aboutit à la composition de catégories, et ainsi à l'émergence d'une théorie.

La suffisance des données a été obtenue après le 11^{ème} entretien. Un 12^{ème} entretien a permis de confirmer cette suffisance des données.

RÉSULTATS

A. Caractéristiques des sources

	Sexe	Âge	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Nombre moyen d'actes hebdomadaire	Patients anorexiques dans la patientèle
M1	F	40 - 49	urbain	libéral exclusif	100 - 150	actuellement
M2	F	50 - 59	urbain	libéral exclusif	100 - 150	par le passé
M3	F	40 - 49	urbain	libéral exclusif	150 - 200	actuellement
M4	F	30 - 39	urbain	libéral non exclusif (planning familial)	< 100	actuellement
M5	F	30 - 39	urbain	libéral non exclusif (vacation hôpital)	100 - 150	actuellement
M6	F	30 - 39	semi-rural	libéral exclusif	100 - 150	par le passé
M7	H	50 - 59	urbain	libéral non exclusif (vacation hôpital)	150 - 200	par le passé
M8	F	50 - 59	semi-rural	libéral non exclusif (coordination en EHPAD)	150 - 200	actuellement
M9	F	30 - 39	urbain	libéral exclusif	< 100	actuellement
M10	H	50 - 59	urbain	libéral exclusif	150 - 200	actuellement
M11	H	50 - 59	urbain	libéral exclusif	> 200	actuellement
M12	H	50 - 59	urbain	libéral exclusif	100 - 150	actuellement

B. Vécu des médecins généralistes en termes de prévention et de dépistage de l'anorexie mentale

3. Représentations sur les éléments d'influence

L'environnement familial

L'environnement familial est un des éléments influant le développement d'un TCA d'après certains médecins généralistes interrogés. Ils estiment que les conflits familiaux sont une source possible d'apparition d'un TCA, en particulier pendant l'adolescence, période sujette à l'opposition. « *Elle fait ça en tant que rapport de force avec sa mère (...) parce qu'elle sait que ça l'énerve la mère qu'elle mange pas comme il faut.* » M6.

Ils constatent également la transmission de schémas familiaux autour de l'alimentation, les enfants reproduisant les conduites restrictives de leurs parents. « *Il y a les enfants de parents qui font très attention avec des enfants qui font très attention.* » M2.

Un des médecins interrogés exprime par ailleurs sa vigilance vis à vis de messages négatifs qui peuvent être véhiculés par l'entourage des patients « *Je me méfie énormément d'autres écoutes qui peuvent paraître accueillantes mais qui sont pas forcément bienveillantes dans un entourage qui peut être aussi autodestructeur.* » M10.

Le milieu scolaire

D'après les médecins généralistes l'école est un autre facteur d'influence, perçue comme une possible porte d'entrée dans l'anorexie mentale. « *J'ai une école un petit peu très sélective à côté de chez moi et donc c'est pratiquement épidémique.* » M8.

Cette constatation est à mettre en corrélation avec le milieu social des patients, en suggérant une prévalence plus importante de l'anorexie mentale dans certains

milieux sociaux. « *Je trouve que ça dépend quand même un peu de l'échelle sociale (...) il y a des écoles à enfant anorexique.* » M2.

Ils observent par ailleurs que les enfants s'encouragent dans des conduites restrictives au sein de l'école. « *Elles se sont même mis à une mode à manger des carrés de pomme le midi et à se faire des concours.* » M8.

Le milieu sportif

Un des médecins interrogé évoque l'influence de la pression de la compétition sportive dans l'apparition de l'anorexie mentale. La restriction alimentaire va de pair avec une pratique du sport à haut niveau d'après ce médecin généraliste. « *16 ans recrutée pour des championnats de France (...) je pense qu'on a dû (...) dans ce cadre-là les briefer sur une alimentation particulière.* » M5.

Les médias

L'impact des différents médias et notamment des réseaux sociaux est un élément considéré par plusieurs médecins généralistes comme une porte d'entrée possible dans l'anorexie mentale, justifiant une attention particulière de leur part. Selon eux, les patients ont accès à des informations encourageant la restriction alimentaire. « *Il existe dans les médias (...) je sais qu'il existe des trucs de maigreur ils mangent du coton et tout je suis au courant de ça (...) peut être aussi qu'il y en a peut-être qui se documentent comme ça sur la maigreur.* » M6.

4. Repérer les patients à risque d'anorexie mentale

Le repérage des patients à risque de développer une anorexie mentale fait partie intégrante du rôle du médecin généraliste, en tant qu'acteur principal des soins primaires. Il s'appuie sur la connaissance des facteurs prédisposant à l'anorexie mentale. « *On doit être dans le repérage (...) je sais pas si il existe maintenant des critères minimaux.* » M6.

Être en alerte

La vigilance doit être constante et le repérage doit en permanence être actif afin de ne pas méconnaître la naissance d'un TCA. *« Je dirai que c'est pas si aigu que ça souvent les troubles du comportement alimentaire. » M2.*

Repérer à tout âge

Cette vigilance s'applique selon eux dès la petite enfance, car si l'anorexie mentale est essentiellement une pathologie de l'adolescent, il n'est pas rare d'après les médecins généralistes interrogés de rencontrer des enfants plus jeunes à risque de développer des conduites restrictives. *« Dans le cadre de la crèche j'ai repéré une fois une fille de 4 ans (...) même dès la très jeune enfance il faut être attentif. » M6.*

Explorer un motif de consultation caché

En ce qui concerne les adolescents, les médecins généralistes interrogés observent que la multiplication des consultations, notamment pour une cause somatique doit interroger sur la présence sous-jacente d'une souffrance psychologique. *« Souvent quand on a jamais été constipé et qu'on commence à être constipé au moment de l'adolescence c'est qu'il y a des choses qu'on n'arrive pas à dire et qu'on a envie de dire. », « Quand il y a des consultations qui se multiplient, chez un ado, c'est pas logique on devrait pas les voir ». M8.*

Aborder l'alimentation

Aborder l'alimentation du patient est un des éléments du repérage évoqué par les médecins généralistes, en recherchant des difficultés liées à l'alimentation principalement chez les enfants. Ils interrogent alors les habitudes alimentaires et évaluent les ingesta. La recherche d'un TCA sera envisagée en fonction des premiers éléments de réponse. *« Qu'est-ce que tu aimes, qu'est-ce que tu n'aimes pas (...) après selon les enfants (...) on développe ou on développe pas (...) mais ça c'est souvent la base. » M2.*

Par ailleurs, certains médecins questionnent les représentations du patient vis à vis de son alimentation. La mise en évidence de conduites restrictives sera alors un point d'alerte pour le médecin généraliste. *« Mais je dis est ce que t'as l'impression est ce que tu manges pour toi suffisamment. » M6.*

Le repérage par un tiers

Les médecins reconnaissent qu'ils n'ont pas toujours été le premier acteur du repérage. L'entourage et notamment les parents sont parfois les premières personnes à démasquer des signes d'alerte, comme une perte de poids. *« C'est sa mère qui m'a alerté il y a de ça quelques mois maintenant parce qu'elle trouvait qu'elle perdait quand même beaucoup de poids. » M11.*

5. Freins à la prévention et au dépistage

Le secteur d'activité

Lorsqu'ils admettent un défaut de repérage, les médecins interrogés estiment qu'il y a un biais de recrutement des patients. Selon eux, cette pathologie concerne essentiellement les zones urbaines et les milieux sociaux aisés, ce qui implique qu'ils sont plus ou moins susceptibles de rencontrer cette pathologie selon leur secteur d'activité. *« Est ce qu'il y a un problème parce que j'en ai pas beaucoup (...) aussi faut situer mon contexte mon cabinet c'est plutôt dans un secteur semi-rural assez défavorisé, le problème c'est surtout l'obésité infantile, l'obésité tout court (...) est ce que c'est parce que je suis pas dans la bonne zone de recrutement ? » M6.*

Le jugement

Selon les médecins interrogés le jugement est un frein au repérage des patients, qu'il soit imposé par une personne de l'entourage, la population générale ou le médecin lui-même. La parole du patient doit être libre afin de ne pas méconnaître des difficultés liées à l'alimentation. *« Tout ce qui peut empêcher la personne de parler de son mal être vis à vis de l'alimentation c'est à dire les jugements les représentations de société c'est vraiment des barrières qu'il faut faire chuter. » M10.*

La banalisation

Les médecins évoquent également l'impact de la banalisation de la maigreur par les parents. Dans cette situation, il y a un frein au dépistage puisque les enfants ne sont pas forcément vus en consultation, ainsi qu'un frein à l'exploration d'un éventuel trouble du comportement alimentaire devant l'absence de coopération des parents. « *La maman est boulimique aussi, par contre pour la maman elle va bien.* » M8.

Ils observent parfois un déni total d'une maigreur qui leur semble pourtant évidente, témoin d'une déformation de l'image corporelle chez l'entourage. « *J'avais posé la question à la mère, je sais pas combien elle pesait à l'époque mais l'IMC il déconne là et elle me dit mais non ma fille elle est mince.* » M11.

Par ailleurs, ils reconnaissent également l'impact de la banalisation de la minceur par les médecins eux-mêmes. Ainsi, une maigreur qui peut sembler évidente pour un médecin ne le sera pas pour un autre. « *On est un peu dans la banalisation dans la négligence et dans le sous repérage.* » M6. « *C'était quand même assez frappant je trouvais, vraiment une maigreur qui était installée et a priori ça avait échappé à tout le monde.* » M11.

Le quid des hommes

Lors des entretiens, quasiment tous les médecins interrogés utilisaient systématiquement le terme « patiente » plutôt que « patient » en parlant des personnes souffrant d'anorexie mentale. Ce choix sémantique est justifié d'après les médecins par la proportion plus importante de femmes dans cette pathologie, mais exclut malheureusement le repérage des hommes. « *Souvent ce sont des dames donc je dis la patiente.* » M1. S'ils ne nient pas l'existence de cette pathologie chez l'homme, cette vision du genre est un frein à leur repérage. « *J'ai pas d'homme anorexique pour l'instant, ça doit exister mais j'en ai pas.* » M3.

La prédominance du surpoids

Le thème de l'alimentation est essentiellement abordé par les médecins généralistes dans une perspective de perte de poids. L'enquête alimentaire cible donc majoritairement les patients en surpoids ou présentant des facteurs de risque cardiovasculaires. « *L'alimentation oui, alors après tout dépend de la problématique tout dépend de ce qui les amène (...) je sais pas un diabétique voilà ou un hypertendu ou quelqu'un qui est en surpoids.* » M4.

6. Voies d'amélioration de la prévention et du dépistage

Repérer plus précocement

Les médecins généralistes ont souligné l'importance d'un repérage précoce afin de prévenir l'apparition d'une anorexie mentale. « *On devrait être attentif plus tôt quand elles ont 10 12 ans là que ça commence à déconner un petit peu. Je pense qu'on devrait les prendre en charge plus tôt parce qu'une fois qu'elles sont, qu'elles ont maigri c'est trop tard.* » M5.

Un des médecins interrogés suggère de composer des questionnaires courts pour repérer les patients. « *Un petit mini questionnaire simple ou auto questionnaire pour vraiment qu'ils s'expriment librement.* » M6.

Élargir l'enquête alimentaire

Si la plupart des médecins généralistes abordent fréquemment l'alimentation du patient, l'enquête alimentaire reste néanmoins réservée le plus souvent aux patients en surpoids. Certains médecins interrogés estiment que l'alimentation devrait donc être abordée avec un panel de patients plus large. Par ailleurs, cette enquête devrait beaucoup plus prendre en compte les représentations du patient vis à vis de son alimentation. « *Regardez, pourquoi pas poser la question quantitative, j'insiste bien sur le quantitatif, et qualitatif des apports alimentaires. Parce qu'un « je mange bien » peut en fait cacher je mange trois feuilles de salade sans vinaigrette.* » M10.

Voir les adolescents en consultation

Plusieurs médecins généralistes ont souligné l'importance de voir les adolescents en consultation en dehors de situations pathologiques aiguës qui ne permettent généralement pas d'explorer une souffrance. *« Il faudrait qu'on puisse voir les enfants, moi je regrette beaucoup qu'on ait plus le vaccin de 16 ans. Ça paraît idiot hein, mais les enfants on les voit plus à partir de 7-8 ans on les voit plus, ou alors on les voit ils ont 40 de fièvre on peut rien faire d'autre que soigner la fièvre. » M5.*

Ne pas déléguer les consultations rapides

Les médecins montrent des signes d'inquiétude vis-à-vis des projets gouvernementaux de délégation de tâche vers les professions paramédicales, entraînant ainsi une perte de chance en termes de repérage en amputant les consultations rapides. *« Les décisions politiques actuelles sont pas du tout correctes pour le dépistage chez l'ado (...) la cystite dans ces cas là quand ce sont les pharmaciens qui feront la distribution de fosfomycine on pourra pas en profiter pour rebondir sur ce genre de choses. » M8.*

La consultation de première contraception

Une autre occasion de faire du repérage serait de profiter de la consultation de première contraception pour aborder les questions de rapport à l'alimentation et d'image du corps, même si l'attention sur ces problématiques risque d'être plus difficile à obtenir. *« La pilule mais quand elles viennent pour la pilule elles sont centrées pilule. » M5.*

La consultation pour licence de sport

D'après les médecins interrogés, la consultation pour l'obtention d'une licence de sport est également une opportunité importante pour voir les adolescents en consultation et devrait donc être plus rapprochée. *« Ne pas mettre la consultation de sport tous les 3 ans pour les licences. » M8.*

Ne pas banaliser la minceur

Les médecins généralistes encouragent à ne pas banaliser la minceur des patients afin de mieux repérer ceux à risque d'anorexie mentale. « *Le fait de ne pas banaliser un petit poids.* » M10.

Sensibiliser les adolescents aux médias

Ils s'efforcent également d'aborder la question de l'image du corps avec leurs patients, de la distorsion de la réalité sur les réseaux sociaux. Cette discussion doit permettre aux adolescents d'avoir un regard critique sur les médias. « *Quand c'est des très jeunes je parle Photoshop et tout ça pour montrer que c'est en décalage avec la réalité.* » M6.

Sensibiliser la population

Au-delà d'avoir un regard critique sur leur pratique afin de trouver des moyens d'améliorer la prévention et le repérage de l'anorexie mentale, les médecins généralistes mettent en avant la nécessité de sensibiliser la population à cette pathologie. Certains proposent par exemple la mise en place de campagnes de santé publique affichant des photographies de patients anorexiques. « *Des posters des affiches avec des femmes avec sonde nasogastrique.* » M8.

La sensibilisation de la population générale devrait permettre de libérer la parole des patients et d'amener l'entourage à participer activement au repérage des patients à risque de développer un trouble du comportement alimentaire. « *Charge à ceux qui seront les premiers à les écouter à mieux se former, donc j'ai envie de dire pas que les généralistes mais que ce soit mieux compris par la population sans dire que c'est un handicap même si ça peut en présenter un dans le parcours de vie de certaines personnes.* » M10.

C. Vécu des médecins généralistes en termes de diagnostic de l'anorexie mentale

1. Regard sur les éléments diagnostiques

Connaissance des critères diagnostiques

Une perte de poids importante ou un indice de masse corporelle bas sont les éléments clé du diagnostic pour l'ensemble des médecins généralistes. « *La perte de poids intense de la personne.* » M3, « *Alors il y a l'IMC il y a le poids il y a l'aspect physique parce que l'IMC c'est pas tout quand même.* » M5.

Ils y associent la dysmorphophobie. « *C'est rare qu'ils se trouvent trop maigre.* » M3, dans un contexte de perturbation de l'image corporelle du patient. « *De toute façon il y a une déstructuration complète de leur, de la vision de leur corps.* » M8.

La restriction alimentaire volontaire est également un élément diagnostique pris en compte par les médecins généralistes. « *Elles sont vraiment sur la restriction pure et dure au niveau alimentaire.* » M3.

L'aménorrhée est un des critères diagnostiques fréquemment cités, en étant le motif motivant parfois la consultation. « *Patiente adolescente féminine qui était très investie scolairement et dans les activités extra-scolaires et pour qui la thématique du contrôle était un mode de vie qui présentait une aménorrhée secondaire.* » M10.

Certains médecins généralistes identifient également le type d'anorexie mentale (restrictive ou purgative) à l'aide de point d'appel comme les vomissements, « *Des épisodes de boulimie et de vomissements derrière donc ça, ça participait bien dans le diagnostic.* » M3, ou en recherchant notamment la prise de laxatifs. « *Avec l'historique d'Ameli on le voit les gens qui prennent des machins pour maigrir.* » M5.

La recherche d'une souffrance psychologique est un autre élément menant les médecins généralistes au diagnostic d'anorexie mentale. « *Mais en fonction de leur plainte, en fonction de tout ça, on arrive à comprendre qu'il y a une souffrance et qu'il*

y a des troubles du comportement. » M4, « Il y avait aussi derrière en creusant bien un état dépressif qui était lié. » M3.

Recherche de comorbidités

La présence de comorbidités psychiatriques est un autre élément pris en compte par les médecins généralistes pour établir un diagnostic d'anorexie mentale. *« Je vois pas juste la maigreur j'associe direct dans la sémiologie genre j'associe des mutilations, des scarifications. » M6.*

Le médecin généraliste, acteur extérieur au diagnostic

Certains médecins généralistes interrogés ont affirmé n'avoir aucun rôle dans le diagnostic. Ils ont parfois pris en charge des patients dont le diagnostic avait déjà été établi. *« J'ai pas souvenir d'avoir été le médecin qui a porté le diagnostic chez une patiente anorexique (...) je pense qu'il était déjà posé avant que je le pose quoi. » M7.*

D'autres ont simplement confirmé un diagnostic suggéré ou établi par l'entourage du patient. *« Les parents étaient venus me voir avec cette inquiétude première donc là c'était les parents qui étaient venus, qui l'avaient amené en disant notre fille est anorexique, et donc je l'avais confirmé. » M11.*

C'est parfois un autre acteur de soin qui a informé les médecins du diagnostic chez des patients qu'ils suivaient sans en avoir connaissance. *« En fait j'ai appris ce problème-là par l'intermédiaire de courriers, c'est une nouvelle patiente que je voyais pour des soucis plutôt traumatiques ou autre. » M12.*

Enfin, certains médecins apprennent le diagnostic directement par leur patient. *« Cette dame elle a perdu sa maman d'une bonne cinquantaine d'année en quatre jours de temps, et elle a dit « Maintenant je vais vous dire que, parce que ca s'est réactivé avec le décès de maman, mais je suis anorexique boulimique depuis que j'ai 15 ans. ». » M2.*

2. Ressenti des médecins généralistes

Un sentiment de confiance

Dans l'ensemble, les médecins interrogés ont confiance en leur sens diagnostique. La plupart d'entre eux estiment que leurs connaissances sur la question de l'anorexie mentale leurs permettent de faire aisément le diagnostic. « *Ben le diagnostic en général c'est quand même des pathologies qui sont, j'aime pas le terme évidentes mais (...) à un moment donné dans les vraies anorexiques quand vous examinez votre patient bon.* » M7.

Valorisation des connaissances

Ils mettent également en avant l'importance d'avoir pu bénéficier d'une formation médicale appropriée, renforçant encore une fois la confiance en leur sens diagnostique. « *J'avais fait une formation, on m'en excusera mais je me souviens plus de son nom avec... un psychiatre de L. qui s'occupait justement des problèmes d'anorexie à l'époque.* » M12.

Un des médecins interrogé met en avant les connaissances liées à ses propres travaux de recherche sur l'anorexie mentale. « *Après du coup j'essaye de faire des tests. (...) type l'EAT ou l'EDI, comme avec ma thèse on les utilisait j'essaye de les utiliser aussi.* » M9.

Valorisation de l'expérience

L'expérience clinique est un élément mis en avant par les médecins généralistes, confortant la confiance qu'ils ont en leur capacité diagnostique. « *Je me suis retrouvé devant une présentation clinique qui me rappelait d'autres présentations cliniques que j'avais vu.* » M10.

Cette confiance est parfois sans faille chez les médecins interrogés, qui s'affranchissent alors de certains signes cliniques pour établir un diagnostic, qui s'apparente à un diagnostic de coup d'œil. « *Moi c'est vraiment beaucoup clinique*

clinique je leur ferai pas un IMC parce que c'est frappant moi j'ai mes signes, j'ai tout de suite la suspicion. » M6.

3. Freins au diagnostic

L'errance diagnostique

Certains signes cliniques sont trompeurs pour les médecins généralistes et conduisent à rechercher en premier lieu une pathologie somatique en multipliant les examens, retardant ainsi le diagnostic d'anorexie mentale. *« C'était des vomissements quotidiens elle ne digérait d'après elle rien. Ça a été bilan sanguin, fibroscopie, la totale. » M8.*

Le déni de la maladie

Le déni du patient face à sa pathologie est un frein diagnostique majeur pour les médecins interrogés. *« Elles veulent pas forcément entendre qu'elles ont un problème. » M3, « Il y a une négation, pour eux il y a pas de problème, le plus souvent c'est ça pour eux il y a pas de problèmes. » M12.* Certains généralisent ce déni à l'ensemble des patients d'addictologie. *« C'est comme avec n'importe quel patient qui est addict, il faut arriver à le convaincre qu'il est en difficulté. » M2.*

Le déni de l'entourage peut également être un frein à la confirmation du diagnostic. *« Il y avait un refus catégorique c'était forcément somatique pour la famille et pour elle jusqu'à ce qu'on leur prouve par X et par Z qu'il y avait rien. » M8.*

La méconnaissance des critères diagnostiques

Il y a pour certains médecins une méconnaissance des critères permettant d'établir un diagnostic d'anorexie mentale. S'ils s'accordent à dire qu'une perte de poids importante ou un IMC bas sont un point de départ, certains médecins interrogés considèrent que ce seul critère est suffisant pour établir un diagnostic d'anorexie mentale. *« Ben 37 kilos pour 1m60. » M5.*

D'autres considèrent la dysmorphophobie comme pathognomonique de l'anorexie mentale. « *J'ai pas l'impression que ce soit difficile à diagnostiquer. Quelqu'un de maigre qui se voit trop gros c'est de l'anorexie. Ou alors je me trompe mais je ne vois pas le problème.* » M1.

Des connaissances jugées insuffisantes

Une partie des médecins interrogés reconnaît aisément un manque global de connaissance dans le domaine des TCA. « *Probablement par le manque de formation par rapport à cette thématique qui est restée très scolaire chez moi.* » M10, « *C'était une des premières fois que j'étais confronté à l'anorexie mentale parce que pendant les études on est passé complètement au-dessus.* » M11.

4. Voies d'amélioration du diagnostic

Renforcer la clinique

La mesure systématique des paramètres anthropométriques et la prise en compte de signes cliniques aspécifiques doivent conduire à un diagnostic plus performant. « *La prise régulière des paramètres de croissance, le fait de ne pas banaliser un petit poids, penser que ça peut se manifester par des troubles somatiques.* » M10.

Utiliser les termes justes

L'emploi du terme médical « anorexie mentale » et non pas simplement « anorexie » devrait permettre de rapporter la composante psychiatrique, à la fois pour le médecin et pour le patient. « *Je pense que le fait de toujours dire anorexie et pas dire l'anorexie nerveuse ou ben mentale ça nous détache la composante psychologique, psychiatrique (...) alors simplement déjà réutiliser délibérément le terme correct médical, nous rappellera qu'on doit creuser la sphère psycho-sociale.* » M6.

D. Vécu des médecins généralistes en termes d'accompagnement des patients souffrant d'anorexie mentale

1. Relation avec le patient

1.1. Représentations des médecins généralistes

Les représentations des médecins sur leurs patients souffrant d'anorexie mentale ont une influence sur l'abord de la relation. « *C'est quand même des personnes (...) qui sont pas faciles à aborder je dirai.* » M7.

Les médecins généralistes sont pleinement conscients de la souffrance psychologique des patients. « *Je les vois comme des patients en souffrance, incompris, parfois désespérés.* » M10. Ils ont également conscience des conséquences de cette souffrance sur la qualité de vie de ces patients. « *Elles s'amputent plein de choses alors que c'est un moment de leur vie où elles sont toutes en construction.* » M8.

Selon certains médecins ce sont des patients qui se dévalorisent. « *Qui se dénigrent énormément, qui pour elles ne valent rien et qui ne valent pas le fait qu'on s'inquiète.* » M8.

Ils observent également une grande intelligence « *C'est quand même des gens intelligents donc ça sert à rien, on leur impose pas, c'est eux qui acceptent de, je dirai que c'est tout à fait différent.* » M7. Mais ils ont parfois le sentiment que ces patients leurs mentent délibérément. « *Ben c'est pas facile parce que bon je pense que parfois ils peuvent mentir un petit peu sur ce qu'ils prennent, ce qu'ils prennent pas, leur poids.* » M9.

Cette notion de manipulation par le patient est toutefois nuancée par un des médecins interrogés qui l'élargit aux patients de façon générale. « *Quel que soit le patient c'est toujours un défi à relever parce que le patient arrive en disant « tu vois je vais t'avoir », pas toujours comme ça aussi consciemment mais quand même il dit quelque chose et puis il met un frein.* » M2.

Les médecins généralistes observent par ailleurs une volonté de maîtrise globale, en évoquant la notion de contrôle. « *Personnalité visant l'idéal, perfectionniste clairement (...) beaucoup envie de contrôler son corps, maîtrise de son corps, maîtrise de sa vie.* » M6

Malheureusement, ces patients sont stigmatisés par certains médecins. « *Ce sont quand même des personnages.* » M5, « *Des emmerdeuses.* » M5, « *Pour moi c'est quand même des personnes qui ont des troubles psychologiques.* » M12.

1.2. Attitude des médecins généralistes

Naturels

Certains médecins interrogés déclarent que leur attitude envers les patients souffrant d'anorexie mentale est semblable à l'attitude qu'ils adoptent de façon générale avec leurs patients. « *Je pense que je ne les aborde pas différemment. Si c'est un moment où je suis en train de déconner je vais pouvoir déconner au démarrage. Si je suis dans un moment où je déconne pas ben je vais pas déconner. Non je reste vraiment moi-même, j'ai pas une attitude différente.* » M8.

Empathiques

Les médecins généralistes font preuve d'empathie et de bienveillance envers leurs patients. « *Beaucoup de douceur je vais dire dans l'accueil de leur plainte mais aussi dans les propositions thérapeutiques.* » M10, « *J'essaye de les prendre avec douceur et respect comme les autres.* » M1, quelles que soient les difficultés qu'ils peuvent rencontrer. « *S'efforcer d'être bienveillant sans râler.* » M2.

Ils essayent d'être à l'écoute afin de favoriser le dialogue avec les patients. « *J'essaye de pas être dans l'opposition, je pense qu'il faut être assez dans l'empathie et pour pas les braquer.* » M9, « *Comme je disais moi je suis pas quelqu'un de frontal je suis j'aime bien l'empathie où on crée, on est là pour discuter pour dialoguer pour écouter.* » M7.

Communicants

Les médecins interrogés mettent en avant leur capacité à communiquer avec les patients. « *Je me dis la priorité pour moi c'est vraiment la communication, du moment qu'on est bon communicant avec on va trouver un peu la source du mal-être.* » M6. Ils utilisent, pour certains d'entre eux des outils de communication y compris non verbaux. « *Par contre mon positionnement au bureau va très certainement être beaucoup plus près de mon bureau, et très certainement avec la main devant la bouche, pour m'empêcher de parler.* » M8.

Persévérants

Ils font preuve de patience quand il s'agit d'amorcer certaines étapes de la prise en charge afin de ne pas brusquer le patient, en ayant conscience de l'importance de penser à long terme. « *Tout doucement gagner un peu de terrain je dirai sur voilà qu'elles acceptent déjà une prise en charge au niveau psychologique.* » M7, « *Je pense qu'il faut être au moins aussi patient si ce n'est plus que le patient parce que c'est pas du tout un sprint c'est vraiment une course de fond.* » M10.

Directs

Certains médecins abordent de front la relation avec leurs patients souffrant d'anorexie mentale, dans le but de mettre le patient face à son état pathologique. « *J'essaye quand même de le faire, de dire les choses de manière un peu cash je pense, c'est à dire que je pense que je fais pas de périphrase pour parler d'anorexie mentale.* » M4.

Flexibles

Les médecins interrogés s'adaptent aux souhaits du patient, notamment dans l'orientation vers les différents interlocuteurs, tout en restant présent. « *J'essaye plutôt maintenant de dire vous allez en parler ailleurs mais vous continuez d'en parler avec moi parce que je suis votre docteur, que j'aime bien être au courant des choses.* » M2.

Conscients de leurs limites

La majorité des médecins généralistes connaissent les limites de leurs connaissances et s'entourent donc d'autres acteurs des soins qu'ils jugent compétents dans le domaine des TCA. « *J'aime bien demander conseil aux gens que j'estime savoir dans leur domaine.* » M2, « *C'est vrai que je m'embarque pas à suivre un patient anorexique seul.* » M7, « *Même si on veut bien les gérer un moment c'est des pathologies quand même qui sont assez lourdes et derrière faut quand même qu'on ait une structure sur laquelle on puisse s'appuyer.* » M3.

Même si ces limites sont parfois dépassées, ils savent passer la main le moment venu. « *Le jeune je l'ai gardé tant que j'ai pu, tant que j'ai su, tant que j'ai pensé que et il y a un jour j'ai dit non c'est pas possible, plus j'essaye et moins je n'en sors et donc là j'ai passé la main.* » M2.

Défaitistes

Certains médecins pensent ne pas être le bon interlocuteur pour le patient quand il s'agit d'aborder l'anorexie mentale et font preuve d'une attitude défaitiste en se mettant d'emblée en échec. « *Ça sera pas moi parce que moi je sais que vous allez foirer donc c'est pas à moi que vous demanderez de l'aide.* » M5, « *Si elles veulent pas se soigner on peut rien faire pour elles malheureusement.* » M3.

Ils estiment parfois ne pas avoir la capacité d'apporter un élément utile à la prise en charge du patient. « *Je pense pas qu'elles aient besoin qu'on les prenne en charge parce que je pense qu'elles savent qu'on sera pas forcément les meilleurs interlocuteurs ni les mieux formés.* » M4.

Volontairement exclus

Un des médecins interrogés se place dans une position totalement exclue de la prise en charge, en occultant la pathologie du patient. « *J'en parle quasiment pas et elle m'en parle pas donc à la limite, je sais qu'elle est suivie donc j'en parle pas.* » M12.

1.3. Ressenti des médecins généralistes

La reconnaissance

Les médecins généralistes ressentent une reconnaissance importante de la part de leurs patients souffrant d'anorexie mentale. Cette reconnaissance de leur implication dans la relation avec le patient est un élément moteur pour le regard qu'ils portent sur leur travail. « *Je me souviens j'ai soigné une consœur il y a des années je dirai, qui a quitté la région et qui m'avait envoyé un petit mot gentil pour me dire merci pour et après on se rend pas compte parce qu'on fait notre boulot quoi et voilà.* » M7. « *Il y a une reconnaissance dingue de leur part, par rapport au temps qu'on a passé, au soutien qu'on leur a apporté par rapport à l'empathie qu'ils ont ressenti de notre part.* » M8.

Ils sont également eux-mêmes reconnaissants du soutien qu'ils peuvent recevoir des autres acteurs de soins. « *Moi je suis content quand ça va mal d'avoir un confrère qui peut proposer une hospitalisation même de semaine même temporaire pour passer un cap difficile.* » M10.

Le rapport humain

Certains médecins mettent en avant la richesse du rapport humain avec les patients souffrant d'anorexie mentale, malgré les difficultés rencontrées dans leur accompagnement. « *C'est vraiment topissime humainement ça nous fait grandir, ça nous fait murir, enfin ouais c'est comme un film où on pleure on rit et on stresse, un film que je qualifie de génial à la fin mais j'ai crié, j'ai hurlé et j'ai pleuré et voilà c'est ça.* » M8.

L'optimisme

Les médecins sont optimistes quant à l'évolution de la pathologie lorsque les patients sont pris en charge par d'autres acteurs de santé spécialisés dans les TCA. « *Donc je l'ai renvoyée à O. pour qu'il essaie d'avoir une prise en charge, depuis je n'ai pas eu de nouvelles donc je pense que ça va mieux.* » M2, révélant parfois une certaine

naïveté. « *Elles me disent qu'elles sont suivies sur P. le poids est stable l'un dans l'autre dans l'année elles sont pas malades je me dis que ça va quand même.* » M5.

La peur de nuire

Certains médecins expriment leur peur de nuire au patient, de par les mots qu'ils peuvent employer ou l'attitude qu'ils peuvent adopter. « *C'est ma plus grosse crainte, c'est de dire des grosses bêtises qui vont être nuisantes et nuisibles pour le patient.* » M2.

La manipulation

La manipulation par le patient souffrant d'anorexie mentale est ressentie par les médecins généralistes comme un moyen pour le patient de garder le contrôle. Ils ne se sentent donc parfois pas libres d'aborder la prise en charge comme ils le souhaiteraient. « *Mais si on n'accepte pas le rôle qu'ils nous ont donné au départ je pense que c'est impossible de faire quoi que ce soit sauf à se laisser manipuler et ils sont très forts là-dessus.* » M5.

L'épuisement

La majorité des médecins généralistes expriment leur épuisement dans l'accompagnement de ces patients, les consultations étant généralement longues et répétées. « *C'est des fois épuisant dans la prise en charge, ça peut, faut pas les voir en dernière consultation parce que là c'est dangereux.* » M3, « *Moi je dirai quand même c'est quand même des patients qui prennent de l'énergie.* » M7.

Certains médecins ont le sentiment de ne pas avoir d'autre choix que de continuer le suivi rapproché, malgré leur épuisement. « *J'aimerais bien pouvoir souffler aussi de temps en temps et passer la main, mais voilà si les patientes refusent elles refusent.* » M8.

Ils ressentent alors un soulagement lors de l'hospitalisation, vécue comme un moyen de se reposer sur d'autres acteurs en passant la main. « *On sent la détresse du*

patient et on sent la détresse des familles et on est avec eux et on les soutient et puis on les aide et on les aide tellement longtemps que des fois on se dit l'hospitalisation là tiens là peut être qu'on aurait pu sursoir mais on l'attend depuis tellement longtemps que ça nous soulage quand même. » M8.

Pour d'autres médecins c'est le départ définitif du patient qui est vécu comme une libération. *« Honnêtement j'ai dit ouf quand elle est plus venue. » M5.*

Face à l'échec

La possibilité d'un échec de la prise en charge est une réalité dont les médecins ont conscience. *« On ne gagne jamais le combat quelque part, il faut toujours être prêt à se dire bon (...) rien n'est jamais gagné. » M7.* Ils se sentent parfois découragés face à l'échec. *« Je me souviens effectivement d'une dame pour laquelle j'avais l'impression de n'arriver à rien et c'était très décourageant, très déstabilisant. » M1.* Certains sont même résignés. *« Il y a un moment on se rend compte que parfois faut quand même accepter de pas gagner à tous les coups. » M2.*

L'acceptation de l'échec passe aussi par la conscience de l'aspect chronique et potentiellement incurable de la pathologie. *« Je pense qu'on guérit jamais, mais on peut probablement vivre avec et comme les obèses qui ont toujours faim quoi qu'on dise mais qui régulent euh, les anciens fumeurs les vrais fumeurs ou les vrais alcooliques on a toujours envie du produit même si on l'utilise pas. » M5.*

Les médecins généralistes sont satisfaits lorsqu'ils peuvent proposer une solution au patient face à une situation d'échec. *« Je suis content quand je me retrouve en situation d'échec thérapeutique personnel d'avoir toujours une alternative ou un autre regard à proposer. » M10.*

L'exclusion par le patient

Enfin, ils se sentent parfois exclus de la relation avec le patient. *« J'ai l'impression que je suis pas spontanément choisie comme interlocutrice de premier choix par le patient. » M6.*

1.4. L'alliance thérapeutique

La construction d'une relation de confiance est indispensable pour établir et maintenir l'alliance thérapeutique. « *Si on a pas la confiance ça ne marche pas.* » M2.

S'adapter au patient

L'adaptation aux volontés du patient, sans imposer, permet de maintenir une alliance thérapeutique, qu'il s'agisse du respect de ce que le patient souhaite partager avec son médecin généraliste « *Je pense sincèrement que c'est le patient qui choisit qu'est ce qu'il veut confier au niveau hospitalier et qu'est ce qu'il veut confier à son médecin généraliste.* » M10, ou de l'adaptation aux choix du patient en termes d'orientation de la prise en charge. « *On leur impose pas, c'est eux qui acceptent de, je dirai que c'est tout à fait différent.* » M7.

L'importance du cadre

L'accompagnement des patients souffrant d'anorexie mentale se fait avec un cadre thérapeutique. Le cadre est défini conjointement avec le patient afin de s'assurer de son adhésion à la prise en charge. « *C'est elle qui décide le delta, mais par contre je peux leur dire si je suis pas d'accord, je me permets de dire, si jamais elles me disent oh bah je peux revenir dans 2 mois, ben peut être qu'on va faire un peu plus près, en tout cas moi je suis un petit peu inquiète donc j'aimerais avoir de tes nouvelles plus tôt est ce que t'as une autre idée ? Bon 3 semaines ça vous va docteur ?* » M8.

Cependant, la plupart des médecins interrogés imposent un contrat de poids comme point d'ancrage de la prise en charge. « *Et après j'ai bien entendu certaines règles de contrat de poids.* » M7, tout en ne se focalisant pas sur l'objectif de reprise de poids afin de ne pas braquer les patients. « *Je vais pas les peser trois fois parce que sinon, sinon on garde leur optique poids en tête et si elles voient qu'elles ont pris 100 grammes sur la balance ouh malheur, faut faire attention à tout ça.* » M3.

Trouver la bonne distance

Il est parfois difficile pour les médecins généralistes d'appréhender la distance nécessaire avec le patient pour créer une relation de confiance, en respectant une distance nécessaire à toute relation médecin-patient. *« Déjà d'essayer de d'établir une relation médecin-malade saine et puis à la fois proche et avec des règles quoi. » M7, « Pour chaque il faut essayer d'emporter l'adhésion, c'est vraiment, et c'est compliqué parce qu'en même temps emporter l'adhésion c'est à dire avoir un contrat d'égal à égal. » M2.*

Valoriser les efforts du patient

Mettre en avant les efforts mis en place par le patient, aussi minimes soient-ils, est un moyen de maintenir l'adhésion au projet de soin. *« Tous les petites efforts et toutes les petites réussites valorisées ont quand même des gros impacts sur le long terme. » M10.*

Impliquer l'entourage

D'après les médecins généralistes, l'entourage du patient peut être un moteur au développement de l'alliance thérapeutique. *« La famille elle va être importante dans ce cas là pour essayer de les entourer et leur faire comprendre qu'elles ont besoin de, d'un suivi et d'une aide. » M3.*

Les obstacles à une relation de confiance

Le déni est le premier obstacle à l'établissement d'une relation de confiance. *« Le déni, c'est pour ça que la première étape pour moi c'est d'arriver à avoir un accord, oui je souffre d'un trouble du comportement alimentaire. » M1, « Le déni déjà ça peut être un obstacle parce que si elles ne l'acceptent pas on pourra pas les soigner c'est comme d'autres addictions. » M3.*

La difficulté pour le patient d'accorder sa confiance à son médecin est également un obstacle d'après les médecins généralistes. *« Je pense que l'obstacle peut venir du*

patient dans le sens où c'est quelqu'un qui a du mal à avoir confiance je pense envers les autres et du coup aussi j'imagine envers les professionnels de santé. » M4, notamment quand le patient a eu précédemment mauvais contact avec un autre médecin. « La plupart de mes patients anorexiques sont venus me consulter parce qu'ils avaient perdu cette relation de confiance par des mots un peu durs qu'ils avaient eu avec un précédent praticien. » M10.

Enfin, la mise en échec du patient ne permet pas d'établir un lien de confiance d'après certains médecins. « Mettre le patient devant un constat d'échec notamment dans l'anorexie ça me semble une très mauvaise chose. » M10.

1.5. Projections et démedicalisation

Projections du médecin et du patient

Les médecins généralistes projettent parfois leurs propres antécédents de vie dans la relation avec le patient souffrant d'anorexie mentale. « J'ai moi-même des antécédents de vie de famille tout simplement et voilà et et que l'autre il est pas comme moi. » M2, « Ma sœur est anorexique bon aussi ça n'arrange pas les choses. » M5.

Certains d'entre eux évoquent une possible projection de leur propre image corporelle et de leurs représentations du corps avec un impact négatif sur le patient. « Sur le rapport au corps sur enfin voilà sur différents aspects que je pourrai leur renvoyer parce que je pense enfin ça c'est mon interprétation à moi, que c'est des personnes qui sont aussi en souffrance du regard qu'on peut avoir sur elles. » M4.

A l'inverse, ils peuvent également ressentir négativement le regard du patient sur leur propre corps. « Est ce que c'est parce que je suis une femme que j'ai ces difficultés (...) parce que j'ai un petit surpoids actuellement. » M6, « Est ce que moi je me sens pas aussi un peu jugée par elle qui fait la moitié de mon poids ? » M6.

La projection peut parfois envahir d'autres champs de la vie du patient, bien qu'elle soit involontaire de la part du médecin. « *Et là il y a une projection d'enfer parce qu'elle a appelé son fils comme mon fils, et elle est médecin à cause de moi.* » M8.

Le médecin sauveur

Certains médecins se placent en position de sauveur vis-à-vis de leur patient, mais ils reconnaissent que cette attitude est inadaptée à une relation médecin-patient saine. « *J'essayais de la sauver malgré elle et faut jamais faire ça, enfin pour toute l'addicto de toute façon, et j'ai dit que je le ferai plus.* » M5.

Paternalisme

D'autres médecins reconnaissent adopter une position paternaliste, également jugée inadaptée car le patient doit être acteur de sa prise en charge. « *Et en même temps on est toujours tenté de décider pour lui, et de dire moi je sais ce qui va être bon pour vous.* » M2.

Transformation de la relation médecin-patient en relation mère-enfant

La relation médecin-patient se transforme parfois de façon inconsciente en relation mère-enfant. Certains d'entre eux se projettent ainsi parfois dans le rôle de parent au sein de la relation. « *Donner à manger à son enfant c'est quand même quelque chose de fondamental donc l'enfant qui refuse de manger c'est quand même une sacré claque dans la figure.* » M5. « *Vous découvrirez quand vous serez parent que souvent on prend une bonne décision en disant et puis qu'après on se dit c'était une grosse bêtise en fait mais c'est toujours plus facile de réévaluer après.* » M2.

Le partage de la souffrance du patient

Certaines barrières tombent vis-à-vis de la distance nécessaire dans la relation médecin-patient quand certains médecins généralistes interrogés révèlent qu'ils partagent la souffrance de leur patient. « *Ca va m'empêcher de dormir oui, ça peut*

être des difficultés personnelles si c'est de ça qu'on parle. » M8, « Parfois ils sont vraiment mal et donc ma foi c'est, on a mal pour eux. » M9.

2. Rôles des médecins généralistes

Écouter

D'après les médecins généralistes leur premier rôle est d'écouter les patients, écouter leurs attentes, leurs plaintes, pour essayer de comprendre leur souffrance. *« Je dirai comme tous les patients principalement de l'écoute pour commencer. » M10, « Qu'on les écoute déjà, qu'on les écoute qu'on essaye de comprendre leur problématique quand elles en parlent. » M3.*

Proposer

Faire des propositions adaptées au patient permet de décider avec lui le plan de soins, en s'assurant de son adhésion. *« Tous les leviers qui permettent de d'encadrer et d'apaiser je dirai le côté anxiogène et le déni de ce trouble du comportement je crois qu'il faut essayer de proposer au maximum quoi. » M7.*

Le rôle du médecin généraliste est également de trouver des alternatives dans l'accompagnement, quitte à proposer une prise en charge moins centrée sur le TCA. *« Des fois ça va être par un autre biais ou plus une prise en charge psychologique mais pas forcément quelque chose de très spécialisé sur les troubles du comportement alimentaire. » M4.*

L'adaptabilité passe aussi par la proposition faite au patient de s'adresser à un autre interlocuteur s'il le souhaite. Le médecin généraliste établit ainsi un réseau d'interlocuteur pour le patient, qui choisira ensuite à qui avec qui il souhaite communiquer. *« Proposition d'accompagnement et si refus de la patiente systématiquement demander si c'est pas moi la bonne personne pour vous, accepterez-vous, alors toujours systématiquement donner peut être le numéro de C. et une adresse de psychologue ou psychiatre pour au moins avoir tendu la main. » M6.*

Être disponible

Un des rôles important du médecin généraliste est d'être disponible pour le patient, être présent pour le recevoir quand il est prêt à entrer dans une démarche de soins, et lui accorder du temps. *« C'est elles qui choisissent je pense que c'est juste le fait de dire, d'être présent, réussir à rester présent le jour où dans leur tête ça fera tilt. » M5.*

Certains médecins proposent par exemple des plages sans rendez-vous pour faciliter l'accès aux consultations. *« Moi je fonctionne sans rendez-vous donc c'est une consultation libre tout le temps (...) que quand ça ne va pas elles osent frapper à la porte, la porte voilà c'est ça le plus important. » M7*

D'autres médecins se rendent disponibles en organisant des consultations rapprochées afin d'assurer un suivi optimal, seuls ou en coopération avec d'autres acteurs de soins. *« Une ou deux fois par semaine avec une psychologue de ville en alternance jusqu'à ce qu'il y ait l'hospitalisation. » M8, « Moi je trouve que si je veux avoir l'impression de bien faire mon boulot c'est au moins une demi-heure, au moins, donc si c'est une fois par semaine. » M2.*

Accompagner

Un des rôles les plus fréquemment exprimé par les médecins interrogés est celui d'accompagnement du patient. Cet accompagnement est global, centré patient, adapté à ses souhaits, différent de ce qui est proposé dans le cadre d'hospitalisations, en étant présent à chaque étape de la prise en charge, dans une volonté d'empathie et d'écoute. *« Un accompagnement différent de l'hôpital où ils sont pris en charge où parfois ils peuvent se sentir un peu plus en conflit. » M9, « Des accompagnements tel que la déclaration d'affection longue durée ou travailleur handicapé si dans certains cas c'est vrai, si ça peut limiter les dégâts. » M10, « Un accompagnement avant pendant après, d'être présent, de les soutenir le temps que l'on ait des équipes spécialisées là-dedans qui acceptent de les prendre en charge. » M8.*

Aborder le patient dans sa globalité

Le patient souffrant d'anorexie mentale est avant tout un patient comme n'importe quel autre patient, qui peut présenter d'autres problématiques non inhérentes à son TCA. *« C'est à dire que comme d'habitude on prend en charge les personnes, donc cette personne-là, qui se trouve souffrir d'anorexie mais qui aussi a des études de x ou y et qui se trouve souffrir d'un lumbago parce que voilà, qui a besoin d'un certificat de sport. » M1.*

L'exploration d'autres champs de la vie du patient peut par ailleurs être pour certains médecins un levier thérapeutique. *« Les patients anorexiques, souffrant d'anorexie plutôt ne se résument pas à leur anorexie et en général le meilleur moyen que j'ai trouvé pour aller vers une issue favorable c'est parfois des moyens détournés sans se consacrer principalement au problème anorexique. » M10.*

Coordonner les soins

Les médecins généralistes organisent le parcours du patient et sont les garants de la bonne coordination des soins. *« Comme pour n'importe quelle maladie c'est vraiment le médecin de référence en fait. » M1, « Faut garder le chef d'orchestre comme rôle. » M3, « Une tour de contrôle qui oriente vers là ou l'autre en fait, c'est ça notre rôle de généraliste. » M7.*

Les choix d'orientation sont variables :

- Vers un psychologue. *« C'est plus les psychologues en fait que les psychiatres souvent. » M1.*
- Vers un centre d'addictologie. *« Moi je travaille avec le CITD boulevard de Metz ouais pour les anorexique je travaille avec eux. » M5.*
- Vers un psychiatre. *« On les a adressé au psychiatre, pour déjà gérer la partie du comportement. » M3*
- Vers un nutritionniste. *« Dans un deuxième temps ils sont aussi adressés au nutritionniste. » M3*
- Vers une structure hospitalière spécialisée dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire. *« Quand il y a d'autre comorbidités*

psychiatriques ou des consommations médicamenteuses j'essaye d'orienter vers un établissement ou une structure spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire. » M10.

L'orientation des patients est aussi décidée selon leur état clinique. *« Elles ont toutes été hospitalisées, enfin toutes celles qui sont dans un état où on est dans un critère de TCA grave quoi, avec des IMC inférieurs à 15, avec potentiellement des troubles électrolytiques et autre. » M8, avec l'aide d'un réseau de contacts, interpelés en cas de situation urgente. « Il faut avoir un réseau de correspondants spécialisés qui doit être optimal et savoir l'ouvrir quand il faut, c'est à dire quand il y a une situation urgente faut le faire, quand il y a une situation qui l'est un peu moins ben on temporise. » M7, « Je n'hésite pas à prendre mon téléphone pour dire allo, je voudrai que ce jeune soit vu, je voudrai qu'il soit vu vite. » M2.*

Certains médecins orientent quant à eux leurs patients en fonction de l'implication qu'ils souhaitent conserver dans la prise en charge. *« Quand j'envoie un patient d'ordre général au C. c'est que j'accepte bien volontiers de passer la main, mais si je veux garder la main je fais appel à des confrères de ville. » M1*

Enfin l'orientation est aussi choisie en fonction des souhaits du patient. *« Généralement alors la patientèle qui nous correspond ben ils ont pas de peur de me dire ben voilà là j'ai pas envie de parler avec toi de ça envoie moi chez quelqu'un qui peut, et j'accepte je discute pas. » M6.*

Un seul des médecins interrogés assure pour sa part ne pas avoir de rôle dans l'orientation des patients. *« C'est quand même rarement moi qui les met dans le chemin, elles le font toutes seules en fait. » M4.*

Être vigilant

Rester informé et être vigilant sur le respect du parcours de soins est un des rôles décrit par les médecins généralistes. *« Savoir toujours où elles en sont au niveau du suivi psy, voir si elles ont pas lâché. » M3.*

Leur vigilance permet de guetter une éventuelle rechute. *« J'ai vu qu'elle allait décoller et en la faisant rentrer et puis j'ai rediscuté un peu avec elle c'était voilà, elle s'était remise de façon beaucoup trop importante au sport, elle était en train de repartir en cacahuète. » M8.*

Prévenir les conséquences socio-économiques

La prévention tertiaire fait partie des rôles du médecin généraliste. *« C'est énormément la protection des répercussions sociales et financières que peut avoir cette maladie. » M10, « C'est la prévention des complications liées au comportement alimentaire, la prévention de la surmédicalisation qui peut parfois être demandée par certains patients. » M10.*

La prévention des répercussions de l'anorexie mentale est également un levier utilisé par certains médecins pour faire adhérer le patient à un projet de soin. *« Ma porte d'entrée entre femmes (...) est ce que tu as le projet d'un enfant un jour et tout ça. » M6.*

Suivre le poids et les paramètres biologiques

Les médecins interrogés mettent en avant leurs compétences de cliniciens pour assurer le suivi des patients sur un versant somatique, à travers la courbe de poids, ou le suivi biologique. *« C'est une prise en charge pluridisciplinaire en restant nous aussi sur le poids, les problèmes de kaliémie ou de ionogramme qu'on peut aussi rencontrer au départ. » M3.*

Assurer le suivi à long terme

Les médecins généralistes estiment être les garants du suivi à long terme du patient, comme pour tous leurs patients quelle que soit la pathologie. *« On est quand même parti pour je dirai au moins 10 ans de suivi, hors ce sera plus F. qui suivra parce que on a des hauts et des bas. C'est comme les poussées d'arthrose dans ces cas-là on les envoie toutes chez le rhumato et on s'en occupe plus. » M8.*

3. Difficultés dans l'accompagnement

3.1. Liées aux patients

D'après les médecins généralistes, les difficultés rencontrées par les patients souffrant d'anorexie mentale représentent en elles même un obstacle potentiel dans la prise en charge. « *La patiente anorexique c'est pas la patiente sans difficultés déjà.* » M7.

L'absence de communication avec le patient est une difficulté à laquelle sont confrontés les médecins interrogés lorsque le patient ne souhaite pas aborder sa pathologie avec son médecin généraliste. « *Si elles veulent pas rentrer en contact sur ce sujet on peut pas aider quelqu'un qui ne veut pas.* » M3. D'après eux, le patient sélectionne les informations qu'il souhaite partager avec son médecin. « *Je pense sincèrement que c'est le patient qui choisit qu'est-ce qu'il veut confier au niveau hospitalier et qu'est-ce qu'il veut confier à son médecin généraliste.* » M10.

Certains médecins se confrontent à l'absence d'attentes thérapeutiques de la part du patient « *Elles ont pas d'attente en terme de prise en charge de leur poids (...) j'ai l'impression tant qu'elles sont pas prêtes mais elles veulent qu'on leur foute la paix.* » M6, quand d'autres médecins notent une discordance entre une forte demande de prise en charge et un refus des propositions faites. « *Une certaine ambivalence entre la demande répétitive de soins et le refus d'un investissement important au moment où c'est proposé.* » M10.

Les médecins interrogés rapprochent les difficultés dans l'accompagnement de ces patients aux difficultés qu'ils rencontrent avec la plupart des patients relevant de l'addictologie. « *Je pense que c'est comme tous les patients en addicto on a, c'est eux qui déterminent ce qu'ils veulent.* » M5.

Des mesures d'hospitalisation sous contrainte sont parfois nécessaires, mais représentent un frein à l'acceptation des soins par le patient. « *On va arriver à des mesures de contention administratives (...) on les protégera peut être d'un décès*

parce que on les forcera à rester en unité spécialisée mais on, on n'arrivera pas à les soigner si elles veulent pas. » M3.

Le déni de l'impact de la pathologie dans la sphère biopsychosociale du patient est une difficulté à laquelle sont confrontés les médecins dans la prise en charge thérapeutique. *« Par rapport à l'importance pour ces patients de prouver que malgré leur maladie ils peuvent mener une vie sociale professionnelle active alors que des fois il faudrait l'interrompre pour aller mieux. » M10.*

D'après les médecins interrogés, les patients peuvent être rapidement perdus de vue, d'autant plus lorsqu'ils sont amenés à refuser certaines de leurs demandes. *« A force de pas vouloir lui donner des accélérateurs du transit euh des dérivée thyroïdiens, à force de dire non un jour je l'ai plus vue. » M5.*

Enfin, ils expriment des difficultés liées à la rechute, car il devient plus difficile de proposer un plan de soin auquel le patient adhère. *« Quand c'est une récédive là ça devient compliqué parce qu'elles veulent pas forcément retourner là où elles sont allées euh elles ont aussi des connaissances sur leur maladie et du coup euh c'est un peu plus délicat à prendre en charge. » M3.*

3.2. Liées à l'entourage des patients

Les médecins interrogés font parfois face à une absence totale de l'entourage, qui pourrait pourtant être un soutien dans l'accompagnement : *« Souvent elles ont leur vie, éventuellement elles ont un copain, mais voilà tout ça elles viennent pas avec en consultation. » M4. « Les parents savaient, les parents étaient au courant, les parents m'avaient confié leur fils mais ils sont jamais venus en consultation avec lui. » M2.*

A l'inverse, certains d'entre eux déplorent une présence anxiogène de l'entourage. *« Ils sont à chaque fois très très très très présents, voir quelque fois un peu étouffant parce que très angoissés. » M8.*

L'entourage peut devenir un élément négatif dans l'accompagnement lorsqu'il existe des difficultés dans la relation avec le patient, qu'il s'agisse des parents ou du conjoint. « *La troisième si justement celle que j'ai diagnostiqué c'est un problème de couple donc le conjoint laissons tomber.* » M3.

Devoir accompagner à la fois le patient mais aussi son entourage est une difficulté supplémentaire pour les médecins généralistes, l'entourage étant parfois autant en souffrance que le patient. « *L'autre c'est une jeune patiente là c'était plutôt la question des parents qui savaient plus du tout comment gérer le truc parce que c'était quand même assez dramatique.* » M12.

Enfin, la problématique du secret médical peut compromettre l'implication de l'entourage dans l'accompagnement d'après les médecins généralistes. « *La mère m'avait appelé, c'était délicat sur le plan de la déontologie, du secret médical.* » M1.

3.3. Liées aux médecin généralistes

Certains médecins généralistes ne portent pas un grand intérêt à cette pathologie. « *Il y a des médecins qui vont pas se sentir à l'aise. On a chacun nos trucs, chacun nos domaines de prédilection.* » M2.

D'autres déplorent un manque de connaissances sur l'anorexie mentale et des lacunes en communication, impactant ainsi l'accompagnement des patients. « *Je pense qu'on n'est pas forcément très bien formés d'une manière de toute façon générale sur ça, sur la communication aussi et sur la communication avec des patients particulièrement qui sont en souffrance.* » M4.

3.4. Liées à l'organisation des soins

L'accessibilité

D'après les médecins généralistes, l'accès à une structure spécialisée dans la prise en charge de l'anorexie mentale est difficile notamment du fait des délais de consultation. « *Pour donner un rendez-vous ils mettent 107 ans parce qu'ils sont*

débordés. » M3, « Malheureusement le CMP donnait un rendez-vous trois mois plus tard, euh les psychiatres de ville alors là c'est aussi dramatique, et puis ben il y a que nous qui sommes accessibles. » M8.

Ils incriminent ainsi l'organisation du système de santé dans son ensemble. « Je dirai le plus difficile, le plus difficile, mais après c'est comme ça c'est le système hospitalier et global qui fait ça, c'est parfois d'avoir dans les périodes où on a une situation compliquée je dirai c'est d'avoir une porte d'entrée qui est facile à ouvrir et ça c'est pas toujours le cas. » M7.

Le manque de communication ville-hôpital

Les médecins interrogés regrettent l'absence de communication directe avec leurs confrères hospitaliers. « On a aucune information, on a des comptes rendu 15 jours 1 mois 2 mois après, ça n'a ni queue ni tête. » M5.

Ils considèrent ce défaut de communication comme une perte de chance pour le patient. « Alors que si je l'avais tout de suite derrière ça pourrait justement avoir un effet positif en rebondissant sur ce qui a été fait. » M3, « On nous demande de prescrire les trucs et que là on n'a pas les courriers et qu'on doit prescrire sur les dire de la patiente ça c'est beaucoup plus compliqué. » M8.

Le coût du psychologue

Les médecins généralistes font parfois appel à des psychologues de ville, mais le coût des consultations est un obstacle. « Après on a le psychologue mais le psychologue ça coûte vite cher pour les parents et ça c'est un frein majeur donc pour moi c'est des défauts de prise en charge de ce point de vue-là. » M2.

Le manque de considération

Ils ressentent un manque de considération de leur opinion par leurs confrères hospitaliers. « Ils nous demandent pas forcément notre avis pendant l'hospitalisation. » M3, « Ça les rassure dans leur idée qu'on sait rien faire. » M5.

L'offre de soins

Les médecins généralistes sont partagés concernant l'étendue de l'offre de soins spécialisés dans l'anorexie mentale. Certains d'entre eux déplorent un manque de structures adaptées. « *Il y a quand même pas beaucoup de structures je trouve hyperspécialisées par rapport à ça.* » M7, ou un manque d'organisation. « *Dans tout ce qui est troubles alimentaire il y a pas assez de réseau.* » M3.

D'autres au contraire ne ressentent pas de manque vis-à-vis de l'offre de soins. « *Je crois vraiment qu'il n'y a pas de manque en particulier institutionnel ou à organiser, je pense que c'est à chaque médecin généraliste de faire son propre réseau.* » M1, « *On a la chance d'être dans une grande ville donc d'avoir quand même la possibilité de recourir à des aides multiples.* » M12.

L'exclusion de la psychiatrie par le système de santé

Enfin, les médecins déplorent un manque de considération global des pathologies psychiatriques dans le système de santé français. « *Il est préférable d'avoir un infarctus en France, que d'avoir un souci de psy.* » M8.

4. Voies d'amélioration de l'accompagnement

La demande d'Affection de Longue Durée (ALD) précoce pourrait être utile d'après certains médecins afin d'encadrer le parcours de soins. « *Peut-être qu'on devrait mettre en ALD bien plus vite.* » M2.

La communication est un axe à améliorer d'après les médecins interrogés notamment entre les différents acteurs de la prise en charge. « *Améliorer la communication en fait entre les différents acteurs pour, pour aider le patient à être dans une même dynamique quoi. Donc la dynamique de soin.* » M4, « *L'interférence entre le libéral et l'hospitalier est parfois compliquée. Donc là je crois qu'il y a des améliorations à faire, comme dans tout.* » M7.

Certains médecins pensent qu'il faudrait aborder le patient de façon plus globale, sans se focaliser sur l'anorexie mentale. *« A une consultation d'anorexie on devrait parler de tout, ou peut-être pas à chaque consultation parce que voilà mais on devrait apprendre à parler d'autre chose « Est ce que vous êtes allé au cinéma ? Quel livre avez-vous lu ? », et puis voilà, et et et pour apprendre du patient en fait. »* M2.

Cet élargissement du champ de vision sur le patient permettrait potentiellement d'améliorer le trouble du comportement alimentaire. *« Si on organise une prise en charge des souffrances professionnelles, physiques, psychiques, morales on se rend compte que le trouble s'améliore de lui-même, il y a peut-être une piste là-dessus. »* M10.

Certains médecins estiment que leur formation doit être renforcée, aussi bien concernant la communication avec les patients de façon générale, que sur la thématique des TCA. *« Je pense qu'on n'est pas forcément très bien formés d'une manière de toute façon générale sur ça sur la communication aussi et sur la communication avec des patients particulièrement qui sont en souffrance. C'est, je pense que ça pêche beaucoup effectivement dans la prise en charge. »* M4, *« Un peu plus de formation là-dessus parce que dans les DPC c'est pas le genre de trucs qu'on voit apparaître les troubles du comportement alimentaires de l'adulte. »* M3.

De nouveaux réseaux de soins incluant des associations ou des structures extra hospitalières pourraient d'après les médecins favoriser l'adhésion du patient. *« Peut-être des structures moins médicalisées parce que parfois ça pose problème surtout quand les gens sont hospitalisés dans des services un peu orientés psy ils acceptent pas forcément bien la chose. »* M12, *« Des associations ce genre de chose, peut-être des choses au niveau des CMP des groupes de parole spécifiques pour les TCA, qu'ils soient pas obligé d'aller forcément à l'hôpital pour trouver ce genre de chose. »* M9.

Certains médecins souhaiteraient que les consultations chez les psychologues soient remboursées afin d'offrir plus d'options en ville au patient, en évitant la barrière du

coût. *« Que la consultation psy soit beaucoup plus rapide ça c'est clair et que les psychologues soient remboursés, ça c'est une évidence aussi. » M8.*

Le recours systématique aux hôpitaux de jour pourrait selon les médecins améliorer l'accompagnement afin d'apporter un suivi régulier complémentaire. *« Ce serait intéressant de mettre d'emblée en place des hospitalisations de jour. » M8.*

Enfin, les médecins souhaiteraient pouvoir disposer de plus de temps pour accompagner également l'entourage des patients. *« Je pense qu'on devrait avoir du temps pour les parents aussi (...) Et puis avoir des temps parent/enfant, mais je ne sais pas si ça existe déjà. » M2.*

DISCUSSION

A. Discussion autour des objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude ont été atteints. Cette étude a permis d'exposer le vécu des médecins généralistes, leur approche, les difficultés rencontrées lors de la prise en charge des patients souffrant d'anorexie mentale, ainsi que les perspectives envisageables. Les voies d'amélioration exprimées dans cette étude ont pour vocation d'éclairer les médecins généralistes, les patients, les autres acteurs des soins et enfin la société.

B. Discussion autour de la méthodologie

1. Forces de l'étude

Nous avons décidé pour cette étude de nous intéresser au vécu des médecins généralistes à tous les stades du parcours de soin d'un patient souffrant d'anorexie mentale, depuis la prévention de ce TCA et durant toute la prise en charge. La réalisation d'une étude qualitative semblait donc le choix le plus judicieux pour exprimer le ressenti de la population étudiée. (9)

La lecture à plusieurs reprises du Manuel d'analyse qualitative de C. Lejeune a permis au chercheur principal d'acquérir des compétences nécessaires à la réalisation d'une recherche qualitative. (9)

L'analyse inspirée de la théorisation ancrée est apparue comme étant la plus pertinente pour analyser le vécu des médecins généralistes. (10)

L'échantillonnage en variation maximale a permis d'inclure des profils différents de médecins généralistes, afin d'obtenir un échantillon représentatif. Des variables ont ainsi été préalablement définies afin de s'assurer de la variété de l'échantillon. La taille de cet échantillon a été déterminée par suffisance des données et la réalisation d'un entretien complémentaire.

Le recrutement des participants s'est fait selon plusieurs modalités, évitant ainsi le recrutement de proche en proche et minimisant de ce fait un possible biais de recrutement.

Le choix de réaliser des entretiens individuels plutôt qu'un focus groupe a sans doute permis à certains médecins de s'exprimer plus librement, sans appréhension ni jugement. La réalisation d'entretiens individuels permet donc de s'affranchir de cette difficulté. (11)

La triangulation des données est un critère de validité interne de l'étude, et tend à diminuer le biais d'interprétation. (9)

2. Limites de l'étude

Cette étude a été menée uniquement dans la région des Hauts-de-France, et ne peut donc pas refléter le vécu des médecins généralistes d'autres régions de France. En effet, la prise en charge de l'anorexie mentale et l'organisation du parcours de soin n'est pas identique d'une région à l'autre. Les difficultés révélées en termes d'organisation des soins ne sont donc pas nécessairement reproductibles au niveau national. On peut cependant suggérer que les résultats rapportés concernant la relation au patient souffrant d'anorexie mentale pourraient être extrapolés à plus grand niveau.

En ce qui concerne l'échantillonnage, une seule des variables définie précédemment n'a malheureusement pas été explorée à savoir le milieu d'exercice, puisqu'aucun des médecins ayant accepté de participer à l'étude n'était installé en milieu rural.

Concernant le déroulement des entretiens, le chercheur principal n'était pas initialement formé à la conduite d'entretiens semi-dirigés. L'apprentissage de cette méthode s'est fait au fil des entretiens. Ce défaut de compétence expose à un manque d'exploration de certaines données et constitue donc un biais d'investigation.

Seul le vécu des médecins généralistes a été analysé dans cette étude. Le vécu des patients, de leur entourage et des autres professionnels de santé n'a pas été analysé, raison pour laquelle il s'agit d'une analyse inspirée de la théorisation ancrée et non d'une théorisation ancrée complète. En effet, cette méthode d'analyse pour être complète doit analyser le vécu de l'ensemble des acteurs concernés. (10)

C. Discussion autour des résultats de l'étude

Les résultats de notre étude révèlent certaines difficultés auxquelles les médecins généralistes sont confrontés, qu'il s'agisse de la prévention de l'anorexie mentale, de la relation avec les patients, ou de leur accompagnement. Ils ont également évoqué des perspectives d'amélioration à explorer. Ces résultats soulèvent alors plusieurs questions et observations.

Quel est le rôle des réseaux sociaux dans l'anorexie mentale ?

L'utilisation des réseaux sociaux est en constante augmentation ces dernières années notamment auprès d'un jeune public. D'après une étude menée en partie par la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL), 48% des enfants âgés de 8 à 17 ans sont connectés au réseau social Facebook et 18% des moins de 13 ans y ont leur propre compte. Par ailleurs, seulement 55% d'entre eux discutent avec leurs parents de leur utilisation, afin d'avoir un regard critique sur le contenu auquel ils sont exposés. (12) De nombreuses publications se sont alors intéressées au lien entre l'usage des réseaux sociaux et l'apparition d'un trouble du comportement alimentaire.

Jaime E. Sidani a réalisé aux Etats Unis en 2015 une étude randomisée sur un grand nombre d'adolescents afin de mesurer l'association entre l'utilisation des réseaux sociaux et la présence de préoccupations liées à l'alimentation. Les résultats de l'analyse multivariée ont révélé une association significative entre l'utilisation des réseaux sociaux en termes de temps et de fréquence et les préoccupations liées à l'alimentation. Par ailleurs, l'étude n'a pas démontré de différence significative entre les hommes et les femmes, suggérant un impact indifférencié. (13)

Une étude australienne de 2018 menée par Jasmine Fardouly, Brydie K. Willburger et Lenny R. Vartanian a analysé la corrélation entre l'utilisation de l'application Instagram et les troubles de l'image corporelle. Les résultats suggèrent une association négative entre l'utilisation de ce réseau social et l'image corporelle chez les jeunes femmes, en particulier lorsqu'elles ont internalisé un idéal de beauté et lorsqu'elles se comparent aux autres femmes. (14)

Diana Ramirez-Cifuentes a mené à Barcelone en 2018 une étude visant à développer un algorithme de détection des troubles du comportement alimentaire sur les réseaux sociaux dans le but de repérer les adolescents à risque à un stade très précoce. Le modèle créé était efficace pour détecter plus précocement un trouble du comportement alimentaire sur les réseaux sociaux, à partir d'éléments linguistiques, de vocabulaire, de procédés psychologiques, en établissant ainsi un profil dit « anorexique ». D'autres travaux de perfectionnement de ces algorithmes sont envisagés pour des études futures. (15)

En France, une étude de 2018 conduite par Tiffany Melioli sur un faible échantillon d'adolescents s'est intéressée au lien entre l'aptitude à corréler le contenu d'un média comme Instagram et l'apparition d'un TCA. Elle révèle une corrélation faible et positive entre la fréquence d'utilisation d'Instagram, l'insatisfaction corporelle et la recherche de la minceur. D'après les résultats, l'aptitude à critiquer les médias modérat la relation entre l'utilisation d'Instagram et les symptômes de TCA. Cette étude suggère donc un travail de la part des différents acteurs de soins afin de développer un esprit critique vis à vis des réseaux sociaux. (16)

Dans notre étude, les médecins généralistes observent également l'influence des médias et des réseaux sociaux dans l'apparition d'un trouble du comportement alimentaire. Certains d'entre eux abordent déjà cette thématique avec leurs patients adolescents.

Les médecins généralistes ont également exprimé des difficultés liées à la consultation de sites faisant l'apologie de l'anorexie mentale, appelés communément sites « pro-ana ». Différentes recherches ont étudié la place de ces sites et la position à adopter vis-à-vis de ces derniers.

Plusieurs études, dont celle d'Anna M. Bardone-Cone et Kamila M. Cass menée aux Etats Unis en 2006, ont montré un impact négatif de la consultation des sites « pro-ana » sur l'image corporelle des femmes ainsi que sur leur estime personnelle. Cette étude a démontré une modification de la perception de leur poids, ainsi que du jugement qu'elles s'opposent concernant leur attractivité. (17)

Atte Oksanen a mené en Finlande en 2015 une étude explorant en parallèle le visionnage par les enfants de contenus « pro-ana » et « anti-pro-ana » sur la plateforme vidéo Youtube. Cette étude a démontré que les vidéos « anti-pro-ana » recevaient une audience plus importante que les vidéos « pro-ana ». Par ailleurs, les vidéos « anti-pro-ana » étaient commentées plus positivement, sans différence significative sur les commentaires négatifs. Cependant, il existait un biais lié au contenu général de la plateforme Youtube et à sa modération, qui encourage les conduites bienveillantes. Ces travaux doivent inciter les médecins mais également la société à s'interroger sur l'impact des communautés sur les réseaux sociaux. (18)

En France, Antonio Casilli et Paolo Tubaro ont publié en 2016 un ouvrage intitulé « Le phénomène pro-ana : troubles alimentaires et réseaux sociaux » dans lequel ils explorent l'impact de cette communauté sur les patients. Ils révèlent alors que les patients prenant part à ce phénomène sont pour la plupart déjà diagnostiqués, ce qui suggère un faible impact sur les adolescents non entrés dans l'anorexie mentale. Selon eux, les patients tentent de pallier les manques ressentis du système de santé. Ces plateformes faciliteraient la formation de liens de solidarité et d'entraide, parfois même vers un parcours de guérison. Plutôt que de censurer, les auteurs invitent donc les pouvoirs publics à s'interroger sur les manques ressentis par les patients, afin de mieux organiser leur accompagnement. (19) Une étude qualitative explorant le point de vue des patients souffrant d'anorexie mentale serait alors intéressante, afin d'explorer leur vécu.

Dans une perspective de santé publique, le gouvernement a légiféré en 2017 sur l'utilisation de logiciels de retouche photographique dans la publicité afin d'imposer la mention « photographies retouchées ». Cette mesure, bien que mineure, permet d'adopter un regard critique sur les images du corps délivrées par la publicité. (20)

Comment repérer les hommes souffrant d'anorexie mentale ?

Si cette pathologie rare atteint préférentiellement les femmes, les hommes ne doivent pas être délaissés du repérage.

Comparativement au DSM-4, le DSM-5 inclut plus volontiers le diagnostic des hommes en ayant retiré le critère d'aménorrhée. Les trois critères principaux sont dorénavant : la restriction alimentaire conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique ; la peur intense de prendre du poids, ou comportements persistants allant à l'encontre de la prise de poids, alors que le poids est significativement bas ; l'altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque persistant de reconnaître la gravité relative à la maigreur actuelle. Ces critères diagnostiques sont donc applicables quel que soit le sexe. (21)

Une revue de la littérature récente menée en 2014 par une équipe finlandaise a analysé les données connues concernant le diagnostic de l'anorexie mentale masculine. Il n'a pas été retrouvé de différence entre hommes et femmes concernant les conduites purgatives, le binge, ou l'utilisation de laxatifs. Cependant, les hommes ont exprimé une moindre somatisation, et une anxiété moins importante. (22)

Une autre revue de la littérature menée en France en 2014 met également en avant de fortes similitudes dans la présentation clinique chez les hommes, mais suggère des études complémentaires et le développement d'outils spécifiques aux hommes. (23)

Dans notre étude les médecins généralistes employaient presque systématiquement le terme « patientes » plutôt que « patients », excluant ainsi les hommes. Il est nécessaire d'encourager les médecins à conduire la même approche diagnostique quel que soit le sexe du patient afin de ne pas sous-diagnostiquer les hommes souffrant d'anorexie mentale.

Comment communiquer avec les adolescents ?

Les adolescents représentent une population rarement vue en consultation de médecine générale. C'est pourquoi chaque rencontre avec eux est importante et doit être l'occasion d'aborder les problématiques liées à cette période de la vie, parfois non exprimées par l'adolescent. Les médecins généralistes doivent donc se saisir de cette opportunité pour établir le dialogue avec eux. (24)

Dans un article de 2005, Philippe Binder exposait des conseils pratiques destinés aux médecins généralistes pour mener à bien une consultation avec un adolescent. Il propose ainsi pour chaque consultation :

- D'explorer systématiquement un motif caché en posant une question simple telle que « À part ça ? » ou « Oui mais encore ? ».
- De donner du sens à l'accompagnant en s'interrogeant sur « Qui demande quoi et pour qui ? ».
- Commenter l'examen clinique et échanger avec l'adolescent sur son rapport au corps.
- Faire un test rapide d'exploration du mal être (TSTS). (25)

Chantal Sthener a également publié en 2009 un document établissant des recommandations autour de la consultation avec l'adolescent, à destination des pédiatres et des médecins généralistes. Elle suggère en tout premier lieu de leur consacrer du temps et de les laisser s'exprimer librement. Elle propose de fournir aux adolescents un auto-questionnaire préliminaire afin de connaître leurs préoccupations et de les impliquer dans la consultation. Un interrogatoire détaillé doit ensuite être mené, questionnant les relations familiales sociales et scolaires, les habitudes alimentaires, la sexualité, le sommeil, etc. Vient ensuite l'examen clinique, le plus exhaustif possible. La proposition d'un éventuel traitement doit être consensuelle, compte tenu des questions de non observance à cet âge. Enfin, la consultation doit se conclure en répondant aux questions des parents mais en restant centré sur l'adolescent, en respectant la confidentialité qu'il souhaite conserver, et son autonomie. (26) (27)

Une étude suisse de 2008 menée par Anne Meynard s'est également intéressée aux stratégies de communication à employer en médecine générale concernant la prise de risque des adolescents. Elle fait écho à une précédente étude de 2003 révélant que les médecins généralistes sont en demande de formation concernant la médecine de l'adolescent. L'étude d'Anne Meynard suggère tout d'abord d'explorer les habitudes de vie et la situation psychosociale de l'adolescent pour s'assurer ainsi d'une meilleure compréhension de ses symptômes. Il faut clarifier qui est à l'origine de la demande de consultation et dans quelle mesure l'adolescent adhère à cette démarche. Insister sur la confidentialité permet de libérer la parole de l'adolescent autour de sujets délicats, tout en imposant des limites liées à sa mise en danger. Elle suggère, afin de démasquer des plaintes cachées d'utiliser l'outil HEADSSS qui explore le lien avec le développement, les habitudes de vie, la situation psychosociale, les événements déclenchant, les compétences, les personnes ressources. Concernant l'attitude à adopter, l'article suggère d'être empathique et non jugeant, de favoriser l'autonomie mais également la responsabilisation des jeunes face à leur santé en adoptant une approche motivationnelle. (28) (29) (30)

D'après notre étude, les médecins généralistes ont conscience de l'importance de la consultation avec l'adolescent. Ils souhaitent avant tout que les politiques de santé publique leurs donnent plus d'occasion de les voir. Ils ont également exprimé leur volonté d'apprendre à mieux communiquer avec eux.

Une place pour l'intervention brève dans l'anorexie mentale ?

Le repérage précoce et intervention brève (RPIB) est un outil de prévention des conduites addictives et d'entretien motivationnel. Il est actuellement utilisé chez les adultes consommant des substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis). (31) Mais la notion d'intervention brève est absente de la littérature concernant l'anorexie mentale. Cette pathologie relevant également de l'addictologie, on peut s'interroger sur l'intérêt de cet outil dans les TCA. Il serait intéressant de mener une réflexion autour de cette question, dans le cadre d'une autre étude.

Où en est le Réseau TCA ?

Concernant la formation, l'orientation des patients et l'articulation des soins, aucun des médecins généralistes interrogé n'a évoqué le recours au « Réseau TCA ». Depuis plusieurs années sont apparues différentes associations regroupant des professionnels de santé de toute discipline prenant en charge des patients souffrant de TCA. Une association a ainsi émergé dans les Hauts-de-France en 2005 et a été officiellement créée en 2007 avec pour principal objectif d'assurer une meilleure prise en charge des patients présentant un TCA en instaurant une coordination entre les différents acteurs et services ou structures susceptibles d'intervenir. Les professionnels suivants sont donc concernés : psychiatres, pédopsychiatres, pédiatres, psychologues, médecins généralistes, médecins nutritionnistes, infirmiers scolaires, assistants sociaux scolaires, infirmiers, rhumatologues, gynécologues, diététiciens. Initialement différents axes de développement du réseau ont donc été évoqués : la création d'un numéro vert, la formation continue, la filière de soins, l'intervision, le développement d'un DU et le recours au dossier médical partagé. (32)

Une étude menée en 2011 a exploré les pratiques de prise en charge des TCA dans les Hauts-de-France, en lien avec le Réseau TCA. Les services interrogés étaient essentiellement ceux de psychiatrie, pédiatrie et addictologie. Les résultats ont démontré une activité majoritaire à Lille par rapport au reste de la région, témoignant d'une inégalité d'accès aux soins. Par ailleurs, de nombreux services n'ont pas répondu à l'étude, témoignant probablement d'un non repérage des patients ou d'une réorientation volontaire ou liée à un manque de compétences. Cette enquête montre également le rôle essentiel de la famille et du médecin généraliste dans le parcours de soin des patients. (33)

La Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB) a répertorié les différents services prenant en charge les TCA au niveau national. (34) Ce répertoire est utile aux patients, à leurs familles mais également aux médecins généralistes dans un but d'orientation. La FFAB recense par ailleurs les formations proposées par les réseaux des différentes régions.

Certains médecins de l'étude ont exprimé leur souhait d'être mieux formés à la prise en charge de l'anorexie mentale mais de nombreuses formations leurs sont déjà ouvertes, avec une participation aléatoire. On peut alors se demander pourquoi les médecins généralistes y participent peu. Est ce par manque d'information ? Par manque d'intérêt pour le sujet ? Par manque de temps ? Ces questions soulèvent la problématique de la visibilité du Réseau TCA dans les Hauts-de-France et d'un probable manque de communication sur son existence auprès des médecins généralistes.

Comment mieux communiquer entre pairs ? La piste de l'intervision.

La question de la communication est récurrente dans les résultats de cette étude. Les médecins généralistes sont particulièrement sensibles à l'importance de la communication entre professionnels de santé, dans l'intérêt premier du patient, mais également afin d'échanger sur leurs pratiques.

En 2018, la HAS a émis des recommandations dans le but d'améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des pathologies psychiatriques. Un des constats de ce rapport est le suivant : la coordination est peu formalisée en psychiatrie. La HAS propose donc de mieux encadrer la communication et la coordination des soins (courriers standardisés, staff clinique, lieux d'exercice commun, programmes de prise en charge structurés, etc.). (35)

Cependant, un mode de communication plus informel ne serait-il pas adapté afin d'échanger librement autour de situations complexes, où chaque soignant peut se retrouver isolé dans une impasse ?

L'intervision est née dans les années 1960. C'est un dispositif de rencontre entre pairs fondée sur une réflexion collective sur les pratiques et les expériences professionnelles, dans un regard croisé et bienveillant. Cette modalité d'échange sort du cadre habituel des réunions de concertation pluridisciplinaires, ou des échanges formels de courriers. En dépassant les considérations hiérarchiques et institutionnelles, l'intervision permet de penser ensemble et librement autour de situations vécues avec les patients. (36)

Il n'existe pas dans la littérature d'étude concernant l'intervision dans la prise en charge de l'anorexie mentale. Il serait intéressant d'explorer ce mode de communication entre pairs, afin d'optimiser la prise en charge des patients.

CONCLUSION

De la prévention de l'anorexie mentale jusqu'au suivi des patients diagnostiqués, les médecins généralistes ont exprimé de nombreuses difficultés et émis des pistes d'amélioration.

En ce qui concerne la prévention, les médecins généralistes distinguent les éléments d'influence qui les amènent à orienter le repérage des patients à risque de développer un TCA. Le seul frein majeur à ce repérage est le manque de temps de consultation consacré aux adolescents. L'amélioration de ce paramètre est en réalité peu dépendante de leur volonté, puisqu'il est plutôt de la responsabilité des politiques de santé publique d'appréhender cette problématique.

Les médecins généralistes n'éprouvent dans l'ensemble que peu de difficultés liées au diagnostic de l'anorexie mentale. Ils ont confiance en leur capacité diagnostique, mais souhaiteraient aborder plus fréquemment cette thématique pour maintenir leurs connaissances.

Les freins les plus importants tiennent en réalité à l'accompagnement des patients. La communication est de ce fait le maître mot. Améliorer l'accompagnement implique alors une amélioration de la communication avec le patient et avec son entourage. Les médecins généralistes ont besoin d'apprendre des outils de communication adaptés.

La communication entre pairs doit également être optimisée, dans l'intérêt du patient. Si les médecins généralistes mettent tout en œuvre pour accompagner au mieux les patients souffrant d'anorexie mentale, l'impasse de certaines situations pourrait être déjouée par une concertation entre les différents professionnels de santé. Cette entente existe déjà de façon formelle, par l'échange de courrier ou de conversations téléphoniques. Mais on pourrait également envisager d'explorer la piste d'échanges moins formels comme les groupes d'intervision. Les échanges lors de ces groupes permettraient de dénouer des situations complexes avec l'avis de tous les acteurs de soins et de partager leurs connaissances entre pairs.

Enfin, la communication impacte aussi l'organisation du parcours de soin du patient. À qui adresser le patient ? Dans quelles circonstances ? Comment partager l'information ? C'est à l'ensemble de ces problématiques que devrait permettre de répondre le Réseau TCA. Il semble indispensable d'améliorer la communication sur l'existence du réseau et son champ d'action auprès des médecins généralistes des Hauts-de-France.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;61(3):348-58.
2. Nathalie Godart, Inserm. Anorexie mentale, un trouble essentiellement féminin, parfois mortel. 2014.
3. Ledoux S, Choquet M, Flament M. Eating disorders among adolescents in an unselected French population. *International Journal of Eating Disorders* 1991;10(1):81-9.
4. Bjørnelv S. Eating disorders in general practice. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 11 nov 2014;134(21):2020-1.
5. Sangvai D. Eating Disorders in the Primary Care Setting. *Prim Care*. juin 2016;43(2):301-12.
6. Rowe E. Early detection of eating disorders in general practice. *Aust Fam Physician*. nov 2017;46(11):833-8.
7. Haute Autorité de Santé, AFDAS-TCA. Anorexie mentale : prise en charge. juin 2010
8. Ariane Sultan, Sébastien Guillaume. Identification d'un TCA lors d'une perte de poids et facteurs de gravité. *JNDES*. 2018;
9. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. De Boeck; 2014.
10. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *crs*. 1994;(23):147-81.
11. Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British Dental Journal*. mars 2008;204(6):291-5.
12. UNAF, CNIL, Action Innocence. L'usage des réseaux sociaux chez les 8-17 ans. 2011
13. Sidani JE, Shensa A, Hoffman B, Hanmer J, Primack BA. The Association between Social Media Use and Eating Concerns among US Young Adults. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 1 sept 2016;116(9):1465-72.
14. Fardouly J, Willburger BK, Vartanian LR. Instagram use and young women's body image concerns and self-objectification: Testing mediational pathways. *New Media & Society*. 1 avr 2018;20(4):1380-95.
15. Ramírez-Cifuentes D, Mayans M, Freire A. Early Risk Detection of Anorexia on Social Media. In: Bodrunova SS, éditeur. *Internet Science*. Springer International Publishing; 2018. p. 3-14. (Lecture Notes in Computer Science).
16. Melioli T, Gonzalez N, El Jazouli Y, Valla A, Girard M, Chabrol H, et al. Utilisation d'Instagram, aptitude à critiquer les médias et symptômes de troubles du comportement alimentaire chez les adolescentes : une étude exploratoire. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 1 déc 2018;28(4):196-203.

17. Bardone-Cone. Investigating the impact of pro-anorexia websites: a pilot study. *European Eating Disorders Review* 2006
18. Oksanen A, Garcia D, Räsänen P. Proanorexia Communities on Social Media. *Pediatrics*. 1 janv 2016;137(1):e20153372.
19. Casilli AA, Tubaro P. Le phénomène « pro-ana » : troubles alimentaires et réseaux sociaux Paris, Presses des Mines, 2016
20. Décret n° 2017-738 du 4 mai 2017 relatif aux photographies à usage commercial de mannequins dont l'apparence corporelle a été modifiée. 2017-738 mai, 2017.
21. American Psychiatric Association. DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2018.
22. Raevuori A, Keski-Rahkonen A, Hoek HW. A review of eating disorders in males. *Cur Opin Psychiatry*. nov 2014;27(6):426-30.
23. Corbeil-Serre L, Meilleur D, Turgeon M-È. L'anorexie mentale chez les adolescents et les jeunes adultes de sexe masculin : recension des écrits. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 déc 2014;62(8):514-20.
24. Dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent. Coll. Repères pour notre pratique, 4 p. INPES, août 2009.
25. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? *Rev Prat* 2005 ; 55 : 1073-7
26. Stheneur C, Alvin P, Boudaillez B, Gronnier P, Jacquin P, Picherot G, et al. La première consultation avec un adolescent. *Archives de Pédiatrie*. 1 sept 2009;16(9):1309-12.
27. P. Alvin, Questionnaire pré-consultation. Service de médecine pour adolescents, centre hospitalier Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre. 2009
28. Anne Meynard, Françoise Narring, Carol Navarro, Dagmar M. Haller. Prises de risque à l'adolescence : stratégies et outils pour les consultations en médecine de premier recours. *Revue Médicale Suisse*. 2008 volume 4. 1451-1455.
29. Kraus B, Stronski S, Michaud PA. Training needs in adolescent medicine of practising doctors : A Swiss national survey of six disciplines. *Med Educ* 2003;37:709-14.
30. Adolescent Health Working Group. HEADSSS assessment: risk and protective factors. 2007.
31. Castera P. Repérage précoce et intervention brève, succès et limites. *Alcoologie et addictologie*. 2015; 37(1):000-000
32. Dubocage C. Le réseau TCA du Nord-Pas-de-Calais. 2011. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/086-modalites-prise-charge-troubles-comportement-alimentaire-nord-pas-calais.html>
33. Plancke L. Résultats de l'enquête sur les modalités de prise en charge des TCA dans le Nord - Pas-de-Calais. 2011. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/086-modalites-prise-charge-troubles-comportement-alimentaire-nord-pas-calais.html>

34. FFAB. Annuaire national des centres de soins, TCA. 2017. Disponible sur : https://www.ffab.fr/images/mesimages/pdf/2017_ANNUAIRE_DEFINITIF.pdf
35. Haute Autorité de Santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration. 2018.
36. Guérin A, Cachard C. Manuel poétique et pratique à l'usage des soignants et autres curieux. Presses Universitaires de France; 2018. 199 p.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

VERBATIM (clé USB)

AUTEUR : Nom : BOUCHET

Prénom : Romain

Date de Soutenance : Vendredi 27 Septembre 2019

Titre de la Thèse : Le médecin généraliste face au patient souffrant d'anorexie mentale : approche, difficultés et perspectives.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : DES Médecine Générale

Mots-clés : anorexie mentale, trouble du comportement alimentaire, médecin généraliste, accompagnement, réseau, communication

Résumé :

Contexte : L'anorexie mentale est une pathologie rare mais à laquelle les médecins généralistes peuvent être confrontés. Leur place dans la prévention, le diagnostic et l'accompagnement des patients est primordiale. De par la complexité de ce trouble du comportement alimentaire (TCA), les médecins généralistes font face à de nombreuses difficultés. L'objectif de cette étude est donc d'analyser le vécu des médecins généralistes face à l'anorexie mentale afin de mettre en évidence ces difficultés et d'apporter des perspectives d'aide afin d'améliorer la prise en charge.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de l'analyse par théorisation ancrée, réalisée par entretiens semi-dirigés de 12 médecins généralistes des Hauts-de-France.

Résultats : Les médecins généralistes ont conscience de leur rôle primordial de repérage des patients à risque de développer une anorexie mentale, notamment lorsqu'ils ont l'occasion de voir les adolescents en consultation. Ils éprouvent peu de difficultés pour diagnostiquer ce TCA, mais déplorent un manque d'actualisation de leurs connaissances. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes sont liées à la communication avec les patients, avec leur entourage, et avec les autres acteurs du système de soins. D'après eux, le manque de codification dans la coordination des soins est un obstacle à la prise en charge optimale du patient. Les pistes d'amélioration évoquées par les médecins généralistes sont : sensibiliser la population générale aux TCA et à l'impact des médias, voir plus souvent les adolescents en consultation, renforcer la formation des médecins, développer leurs capacités de communication, obtenir le remboursement de la consultation chez le psychologue, avoir recours à des associations et structures extra-hospitalières, mieux organiser le réseau de soins.

Conclusion : En ce qui concerne les perspectives d'amélioration, la communication reste le maître mot. Renforcer les capacités de communication avec les adolescents permettra de mieux les repérer. Améliorer la communication avec les patients souffrant d'anorexie mentale et leur entourage renforcera l'alliance thérapeutique. Mieux communiquer entre professionnels de santé améliorera la coordination des soins et permettra le partage de connaissances. Le Réseau TCA des Hauts-de-France répond déjà à certaines de ces pistes, mais il est méconnu des médecins généralistes et manque de visibilité.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier

Assesseurs : Monsieur le Professeur SEGUY David
Madame le Professeur CATTEAU-JONARD Sophie
Monsieur le Professeur DODIN Vincent

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur VERRIEST Olivier