



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THESE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Représentations et connaissances qu'ont les médecins généralistes de leur place au sein de l'offre de soin dans la prise en charge des Troubles des Conduites Alimentaires : analyse qualitative dans le Nord Pas de Calais en 2023

Présentée et soutenue publiquement le 14 décembre 2023 à 18h

au Pôle Formation

par Salomé TAHON

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Madame le Docteur Sandrine DEGORRE

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Sandrine DEGORRE

AVERTISSEMENT

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

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	3
LISTE DES ABREVIATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	8
I. Définitions.....	8
II. Epidémiologie.....	11
III. Contexte et objectifs de l'étude.....	13
MATERIEL ET METHODES.....	16
I. Type d'étude.....	16
II. Constitution de l'échantillon.....	16
III. Recueil de données.....	17
IV. Analyse des données.....	17
V. Aspect éthique et réglementaire.....	18
RESULTATS.....	19
I. Description de l'échantillon.....	19
II. Les connaissances préalables des médecins généralistes sur les TCA.....	19
A. Epidémiologie.....	19
B. Parallèle entre TCA et addictions.....	21
C. Critères de rémission.....	22
III. Les rôles du médecin généraliste dans la prise en charge des TCA.....	22

A.	Repérer : le rôle le plus important.....	22
B.	Coordonner et orienter.....	23
C.	Assurer le suivi	24
D.	Avoir une place privilégiée en tant que médecin généraliste.....	27
IV.	Les offres et structures de soin spécialisées de proximité	29
A.	Connaissances des médecins généralistes.....	29
B.	Le manque de visibilité du dispositif initié par le DGOS et l'ARS	31
C.	Le manque de personnel	31
D.	L'exercice en milieu (semi) rural	32
V.	Les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des TCA..	33
A.	L'attitude des patients face au médecin généraliste	33
B.	Les difficultés induites par les facteurs externes	35
C.	Être relégué au second plan.....	36
D.	Evoquer le sujet	37
E.	Manquer de temps.....	38
F.	Manquer de connaissances.....	39
G.	L'accès aux soins.....	40
VI.	Les aides à la prise en charge des TCA en tant que médecin généraliste	41
A.	Être aidé par	41
B.	Enrichir ses connaissances	42
C.	S'adapter à la pathologie en tant que médecin généraliste.....	43
D.	Proposer des solutions d'aides à la prise en charge des TCA en cabinet...	44

Salomé TAHON

DISCUSSION	46
CONCLUSION	54
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	55
ANNEXES	59
RESUME	67

LISTE DES ABREVIATIONS

ANZAED : Australia and New Zealand Academy for Eating Disorders

ARS : Agence Régionale de la Santé

BED: Binge Eating Disorders

COREQ: Consolidated criteria for Reporting Qualitative research

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DSM : Diagnostic and Statistical Manuel of Mental disorders

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GHICL: Groupement hospitalier de l'Institut Catholique de Lille

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

MG : Médecins Généralistes

OSFED : Other Specified Feeding and Eating Disorders

PMSI: Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PMSI-MCO: Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information dans le champ de l'activité hospitalière Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

RIMP: Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie

SCOFF-F : version française du SCOFF

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires

TOC: Trouble Obsessionnel Compulsif

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of general practitioners

« Quand vous vous sentez coincé et que tout se ligue contre vous, à tel point que vous avez l'impression que vous ne pourrez tenir une minute de plus, surtout n'abandonnez pas, car c'est à ce moment précis que le courant va s'inverser »

Harriet Beecher Stowe

INTRODUCTION

De par mon parcours, il me tenait à cœur de réaliser une thèse en lien avec les Troubles des Conduites Alimentaires : cadre regroupant diverses pathologies dont les trois emblématiques sont représentées par l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et l'hyperphagie-boulimique. Trois entités étant bien connues de tous, dont les médecins généralistes. Cependant leurs spécificités et leurs approches restent néanmoins méconnues, floues. C'est la raison pour laquelle, avant tout propos, il convient de rappeler la définition de chacun de ces TCA.

I. Définitions (1)

	ANOREXIE MENTALE		BOULIMIE NERVEUSE	HYPERPHAGIE BOULIMIQUE
	Restrictive : Absence d'épisodes récurrents de frénésie alimentaire ou de purge	Hyperphagie boulimique/ purge : Présence d'épisodes récurrents d'hyperphagie boulimique ou de purge		
CRITERES DIAGNOSTICS	<p>A. Restriction de l'apport énergétique par rapport aux besoins, entraînant un poids corporel significativement faible en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire de développement et de la santé physique. Un poids significativement faible est défini comme un poids inférieur au minimum normal ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au minimum attendu.</p> <p>B. Peur intense de prendre du poids ou de grossir, ou comportement persistant qui interfère avec la</p>		<p>A. Épisodes récurrents de crises de boulimie. Un épisode de frénésie alimentaire se caractérise par les deux éléments suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manger, au cours d'une période de temps discrète (par exemple, au cours d'une période de 2 heures), une quantité de nourriture nettement supérieure à ce que la plupart des individus mangeraient au cours d'une période de temps similaire dans des circonstances 	<p>A. Épisodes récurrents de crises de boulimie. Un épisode de frénésie alimentaire se caractérise par les deux éléments suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manger, au cours d'une période de temps discrète (par exemple, au cours d'une période de 2 heures), une quantité de nourriture nettement supérieure à ce que la plupart des gens mangeraient au cours d'une période de temps similaire dans des circonstances similaires.

	<p>prise de poids, même à un poids significativement faible.</p> <p>C. Perturbation de la façon dont on ressent son poids ou sa forme corporelle, influence induite du poids ou de la forme corporelle sur l'auto-évaluation, ou manque persistant de reconnaissance de la gravité du faible poids corporel actuel.</p>	<p>similaires.</p> <p>2. Un sentiment de manque de contrôle sur l'alimentation pendant l'épisode (par exemple, un sentiment que l'on ne peut pas arrêter de manger ou contrôler ce que l'on mange ou en quelle quantité).</p> <p>B. Comportements compensatoires inappropriés récurrents afin de prévenir la prise de poids, tels que les vomissements provoqués ; mauvaise utilisation des laxatifs, des diurétiques ou d'autres médicaments ; jeûne ou exercice excessif.</p> <p>C. L'hyperphagie boulimique et les comportements compensatoires inappropriés se produisent tous deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.</p> <p>D. L'auto-évaluation est indûment influencée par la forme et le poids du corps.</p> <p>E. La perturbation ne survient pas exclusivement lors d'épisodes d'anorexie mentale.</p>	<p>2. Un sentiment de manque de contrôle sur l'alimentation pendant l'épisode (par exemple, un sentiment que l'on ne peut pas arrêter de manger ou contrôler quoi ou combien on mange).</p> <p>B. Les épisodes de frénésie alimentaire sont associés à trois (ou plus) des éléments suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manger beaucoup plus rapidement que la normale. 2. Manger jusqu'à ce que vous sentiez inconfortablement rassasié. 3. Manger de grandes quantités de nourriture sans avoir physiquement faim. 4. Manger seul parce qu'on se sent gêné par la quantité de nourriture qu'on mange. 5. Se sentir dégoûté de soi, déprimé ou très coupable par la suite. <p>C. Une détresse marquée concernant l'hyperphagie boulimique est présente.</p> <p>D. L'hyperphagie se produit, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.</p> <p>E. L'hyperphagie boulimique n'est pas associée à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie nerveuse et ne survient pas</p>
--	---	--	--

			exclusivement au cours de l'évolution de la boulimie nerveuse ou de l'anorexie mentale.
SEVERITE	<p>Léger : IMC \geq 17 kg/m².</p> <p>Modéré : IMC de 16 à 16,99 kg/m².</p> <p>Sévère : IMC 15–15,99 kg/m².</p> <p>Extrême : IMC < 15 kg/m².</p>	<p>- Léger : Une moyenne de 1 à 3 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.</p> <p>- Modéré : Une moyenne de 4 à 7 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.</p> <p>- Sévère : Une moyenne de 8 à 13 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.</p> <p>- Extrême : Une moyenne de 14 épisodes ou plus de comportements compensatoires inappropriés par semaine.</p>	<p>- Léger : 1 à 3 épisodes de frénésie alimentaire par semaine.</p> <p>- Modéré : 4 à 7 épisodes de frénésie alimentaire par semaine.</p> <p>- Sévère : 8 à 13 épisodes de frénésie alimentaire par semaine</p>
REMISSION PARTIELLE	Persistance B ou C	Persistance de certains critères mais pas tous	Persistance de certains critères mais pas tous à une moindre fréquence
REMISSION COMPLETE	Aucun des critères	Aucun des critères	Aucun des critères

Le DSM-V évoque également les facteurs de risque et pronostic tels qu'une personnalité anxieuse ou le développement au sein d'un environnement dans lequel la minceur est valorisée.

De plus, à l'échelle du génome certains loci à risques spécifiques ont été à identifiés. Par ailleurs, le référentiel ne manque pas de souligner les conséquences somatiques et physiques, psychiques et sociales que peuvent engendrer ces troubles, tout comme leurs comorbidités fréquemment associées telles que les addictions, la dépression et d'autres pathologies psychiatriques. (48)

Il met également en évidence le fait que l'hyperphagie-boulimie aurait tendance à

être familiale, reflétant ainsi une influence génétique de l'addiction.

LES OSFED (Other Specified Feeding and Eating Disorders),

Enfin, un diagnostic d'anorexie mentale, de boulimie ou d'hyperphagie boulimique est fréquemment évoqué dans les deux ans qui suivent l'apparition d'un trouble de la catégorie hétérogène des OSFED qui regroupent quant à eux :

- La boulimie atypique (critères de la boulimie avec fréquence ou durée limitée)
- Le BED atypique (critères du BED avec fréquence ou durée limitée)
- L'anorexie mentale atypique (critères de l'anorexie sans celui du poids)
- Les troubles purgatifs sans accès hyperphagique
- Le syndrome d'alimentation nocturne
- Les autres troubles non classés (1)

II. Epidémiologie

Les TCA touchent plus de 600 000 adolescents et jeunes adultes en France.

Au cours des dernières années, plusieurs études font le constat d'une augmentation de leur prévalence. Cette dernière, vie entière de tout TCA, est estimée à 8,4 % chez les femmes et 2,2 % chez les hommes, alors que la prévalence ponctuelle est quant à elle estimée à 5,7 % chez les femmes et 2,2 % chez les hommes (2)

L'anorexie mentale touche environ 1,4 % des femmes et 0,2 % des hommes. Dans la moitié des cas, elle débute entre 13 et 18 ans, avec un pic identifié à 16 ans.

De même, la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique débutent le plus souvent à l'adolescence et au début de l'âge adulte.

La boulimie nerveuse concerne environ 1,5 % des jeunes entre 11 et 20 ans, environ 3 filles pour 1 garçon souffrent de ce trouble. (3)

L'hyperphagie boulimique est le plus fréquent des troubles des conduites alimentaires (3 à 5 % de la population, et plus de 15 % des patients qui consultent pour surpoids) (4).

Les complications, à la fois somatiques (atteintes gastro intestinales, cardiovasculaires et pulmonaires, endocriniennes et métaboliques, atteintes osseuses, risques obstétricaux, atteintes neurologiques, atteintes des phanères et de la peau) et psychiatriques (troubles dépressifs et anxieux, personnalité limite, trouble obsessionnel-compulsif, troubles du spectre autistique, etc. et le suicide restant une des principales causes de décès pour cette population : 1 % de décès par an pour l'anorexie mentale) sont nombreuses, et parfois irréversibles. (5, 6)

Seule la moitié des personnes atteintes d'un de ces troubles est traitée, alors que 5% des personnes souffrant d'anorexie mentale en décèdent à long terme. (7, 8)

Ils sont responsables d'une surmortalité importante par rapport à la population générale (de 2 à 10% à 10 ans selon le TCA). (9)

L'anorexie mentale étant la maladie psychiatrique avec le taux de mortalité le plus élevé. (3)

L'évolution de la prise en charge est marquée par des rechutes dans plus de 50% des cas. La guérison est souvent lente dans ces troubles chroniques (3)

Leur impact est considérable sur la santé physique et psychique des personnes atteintes mais aussi sur leur qualité de vie, leur vie affective, sociale, professionnelle et familiale. (12,13)

Les épidémiologistes mentionnent l'urgence et la nécessité d'une dépistage précoce.

(8)

La rapidité du diagnostic et la précocité de la prise en charge améliorent le pronostic.

(3, 12)

Le médecin généraliste, en tant que professionnel de premier recours, a alors un rôle fondamental, bien défini par la WONCA (14), dans la prise en charge des TCA (3, 13).

III. Contexte et objectifs de l'étude

Suite à l'analyse du PMSI 2015 (PMSI-MCO et RIMP) concernant les TCA dans les Hauts de France, les enseignements principaux suivant sont à prendre en compte:

- Une prédominance féminine dans la population suivie avec un pic de prise en charge à l'adolescence confirmant l'épidémiologie observée en France ;
- Une concentration des séjours hospitaliers motivés par une anorexie mentale dans la métropole lilloise ;
- L'existence de réorientations vers Paris et vers le Grand Est.

L'ARS lançait un appel à projet en 2021 visant à organiser l'offre de soins à travers la création de filières de prise en charge des TCA. Les objectifs de cette structuration avaient pour but de :

- Assurer le repérage et une prise en charge précoces des patients présentant des TCA ;
- Offrir une prise en charge de qualité conforme aux recommandations de la HAS ;
- Garantir une couverture régionale des besoins en facilitant l'accessibilité à l'offre de soins. (15)

Dans ce contexte, il me semblait intéressant de faire un état des lieux sur les représentations, connaissances et vécu qu'ont les médecins généralistes de leur place au sein de l'offre de soin dans la prise en charge des Troubles des Conduites Alimentaires, via une analyse qualitative se voulant phénoménologique, dans le Nord-Pas-de-Calais en 2023.

Cette étude a permis la diffusion de l'information quant à l'organisation et la structuration de l'offre de soins dans la prise en charge des TCA sur le modèle de l'addiction, dans les Hauts de France.

A l'issue de ce travail de recherche, de potentiels bénéfices sont attendus, touchant trois niveaux.

Premièrement, au niveau des MG :

- D'une part, mettre en lumière les éventuelles difficultés rencontrées par les praticiens dans la prise en charge et le suivi des TCA.
- D'autre part, leur apporter une information quant à la structuration et l'offre de soins récemment proposées par l'ARS.
- In fine permettre un gain de chance et une amélioration du pronostic par une optimisation et adaptation de la prise en charge des patients atteints d'un de ces troubles en fonction de la sévérité de la pathologie.

Au niveau des patients :

- Une meilleure connaissance des troubles par leur médecin traitant et une meilleure connaissance de la structuration et de l'offre de soins
- Dans le but de bénéficier d'une optimisation de leur prise en charge, de leur suivi et ainsi de leur pronostic.

Enfin au niveau de l'ARS :

- Communiquer les résultats de cette étude sur les connaissances des MG au sujet de cette récente structuration et offre de soins dans la prise en charge des TCA.
- Ainsi d'améliorer leur campagne d'information avec pour objectif d'informer et de sensibiliser plus de MG sur le territoire du Nord-Pas-de-Calais.

MATERIEL ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, inspirée de la phénoménologie interprétative.

Cette méthode s'inspire de l'approche de Colaizzi et a été développée en France par le groupe de recherche du Pr Anne Révah-Levy. Son but est d'aboutir à des implications concrètes pour améliorer les soins.

Elle s'intéresse notamment à la manière dont l'échantillon de population interrogé vit un phénomène. A savoir ici le vécu de sa place en tant que médecin généraliste, dans la prise en charge des Troubles des Conduites Alimentaires, en cabinet.

II. Constitution de l'échantillon

L'échantillon se compose de docteurs en médecine générale installés en cabinet (seul ou de groupe) dans le Nord-Pas-de-Calais et ayant rencontré au cours de leur pratique au moins un patient souffrant de TCA parmi l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique.

La construction de l'échantillon fut progressive. Elle se voulait raisonnée à la recherche d'une diversité : la variation maximale étant visée selon les caractéristiques suivantes des médecins généralistes : leur âge, leur genre, leur situation familiale, leur milieu d'installation (urbain, semi-urbain, rural), la date d'installation et avoir ou non suivi des formations aux TCA ou aux psychothérapies.

Le recrutement s'est principalement fait par le bouche-à-oreille, avec contact par mail ou par téléphone, au cours duquel était convenu un rendez-vous soit en présentiel soit en distanciel via visio-conférence ou appel téléphonique (selon la préférence du praticien).

En fonction de l'intérêt porté pour le sujet de la thèse, ce dernier fut plus ou moins révélé lors du premier contact. Pour ceux souhaitant en connaître le thème avant d'accepter de participer, l'unique information leur ayant été transmise est que l'entretien traiterait des Troubles des Conduites Alimentaires, sans plus de détails.

III. Recueil de données

Le recueil de données a été réalisé à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés avec pour support la grille d'entretien jointe en Annexe. Cette dernière a été relue par le Docteur Vincent Dodin avant d'être appliquée aux entretiens.

Les questions se voulaient ouvertes permettant ainsi aux participants d'évoquer leurs ressentis.

Néanmoins la grille d'entretien suivait un squelette spécifique afin que tous les éléments soulevés par la question de recherche puissent être abordés.

Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un smartphone de type Iphone après autorisation de l'interrogé.

Par la suite, chacun de ces entretiens a été retranscrit de façon anonymisée dans son intégralité à l'aide d'un ordinateur portable de type Macbook Air, ainsi que d'un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word et Open office).

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à suffisance de données, c'est-à-dire lorsque tout nouvel entretien n'apportait plus de nouvelles propriétés au moment du codage.

IV. Analyse des données

A la suite de leur retranscription, les entretiens ont été codés exhaustivement et analysés en utilisant un logiciel d'aide à l'analyse qualitative, à savoir N Vivo 14.

Le codage de chaque entretien a été réalisé après son enregistrement et avant l'enregistrement du suivant, permettant ainsi de percevoir l'arrivée à suffisance de données.

Une triangulation des données a été réalisée pour trois des treize entretiens entre le chercheur et un autre étudiant de 3e cycle en DES de médecine générale.

A l'issue du codage, de l'émergence d'étiquettes, puis de propriétés et de catégories, des résultats ont émergé permettant alors la réalisation d'une modélisation de ceux-ci.

Cette étude a été confrontée aux 32 critères de scientificité de la grille COREQ présentée en Annexe.

V. Aspect éthique et réglementaire

Avant d'être interrogé, il a été recueilli le consentement oral et écrit de chaque participant concernant l'enregistrement, ainsi que la retranscription de l'entretien.

Aucun refus n'a été constaté.

Les données ont été anonymisées, et les enregistrements vocaux détruits après avoir été retranscrits.

RESULTATS

I. Description de l'échantillon

L'échantillon était composé de treize médecins généralistes installés en cabinet, tous exerçant dans le Nord Pas de Calais. Parmi eux, sept hommes et six femmes âgés de 33 à 65 ans, avec une majorité d'exercice urbain (8 pour 13)

Les caractéristiques figurent dans les tableaux ci-dessous.

ID participant	Age	Genre	Situation familiale	Lieu d'installation	Date d'installation	Formation aux psychothérapies ou TCA
M1	35	M	Marié	Urbain	2014	Non
M2	60	F	Marié	Urbain	1993	Non
M3	36	F	Marié	Urbain	2021	Non
M4	35	F	Mariée 2 filles	Rural	2017	Non
M5	34	M	Pacsé	Urbain	2022	Non
M6	37	F	Mariée	Semi rural	2015	Non
M7	56	F	Mariée	Urbain	1998	Non
M8	33	M	Pacsé	Urbain	2018	Oui (DPC)
M9	65	M	Mariée 3 filles	Semi rural	1989	Non
M10	45	M	Marié	Semi rural	2010	Non
M11	58	F	Mariée	Urbain	2002	Non
M12	56	M	Marié	Urbain	1997	Non
M13	56	M	Marié	Semi rural	1997	Non

La durée moyenne des entretiens était d'une dizaine de minutes.

II. Les connaissances préalables des médecins généralistes sur les TCA

A. Epidémiologie

Au cours des entretiens, les médecins utilisaient le terme « patiente » et le pronom « elle » pour désigner les personnes souffrant de TCA.

« Alors les 9/10e sont des filles, donc parmi notre patientèle on a eu un garçon. Ça reste pour nous très rare. » M7

Les praticiens interrogés relevaient régulièrement l'association des TCA à d'autres troubles psychiatriques.

« Chercher les complications et les pathologies psychiatriques qui vont être associées, notamment l'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil et le risque suicidaire. » M1

« Les TCA ne sont souvent pas isolés, ils accompagnent souvent d'autres pathologies. Ça fait partie en gros d'un élément parmi d'autres. » M9

En tant que médecin de famille, ils pointaient le TCA comme révélateur d'un problème intra familial sous-jacent.

« Une fois qu'on a compris un peu l'histoire, le problème également intra familial parce qu'il y a un gros problème intra familial. » M8

« On finit toujours par retrouver un traumatisme psychologique, pour l'une d'entre elle ça a fini par révéler un inceste. » M13

Ayant conscience que ce sont des pathologies chroniques, l'importance de la confiance dans la relation médecin-patient pour l'optimisation du suivi et des soins était établie.

« C'est vraiment compliqué et très long comme prise en charge » M13

« Si on a un patient qu'on connaît depuis un petit moment, qu'on suit depuis plusieurs années, qui a confiance et qui se sent à l'aise, je pense qu'on peut assurer le suivi si le patient est d'accord et si on se sent à l'aise aussi avec ces pathologies-

là. » M4

B. Parallèle entre TCA et addictions

Le parallèle entre TCA et autres addictions a été fait au cours des entretiens. En effet, les notions « d'impulsivité », de « perte de contrôle » et le terme « craving » étaient utilisés pour décrire les comportements retrouvés dans la boulimie nerveuse et l'hyperphagie-boulimique, tout comme la conscientisation des rechutes.

« C'est marrant parce que dans l'anorexie j'ai l'impression qu'il y a des similitudes : le craving, tu as vraiment l'impression que le patient va avoir une consommation d'alcool brutale quasiment malgré lui. Dans les épisodes d'anorexie, on a un peu le même discours, c'est assez frappant, tu as des patients qui emploient quasiment les mêmes termes, on a vraiment le sentiment que ce sont des pathologies assez proches finalement, qui sont centrées sur une autre problématique mais qui se rejoignent dans le mode d'expression. » M1

« C'est un sujet qui n'est pas facile mais pourtant courant. Ce n'est pas évident que les personnes aient une prise de conscience, s'accrochent pour changer, elles peuvent être démotivées ou avoir des rechutes. » M11

C. Critères de rémission

Les médecins associaient la reprise pondérale à une amélioration majeure du TCA, tout comme l'étayage du cercle social du patient.

« On a démarré le suivi et cette petite jeune elle va très bien, elle a repris tous ses kilos. » M2

« Moi quand je l'ai trouvée, elle était en dépression, très anxieuse avec des bouffées d'angoisse et là elle retravaille à temps partiel donc il y a un mieux dans le sens où au niveau social elle se resocialise. » M11

Tous étaient d'accord pour reconnaître les effets bénéfiques d'une prise en charge pluridisciplinaire et spécialisée des TCA participant à l'amélioration des troubles et au maintien de celle-ci sur le long terme.

« On voyait déjà que le suivi portait ses fruits (...). Elle m'a dit que voir la psychologue lui avait été très bénéfique. » M11

III. **Les rôles du médecin généraliste dans la prise en charge des TCA**

A. Repérer : le rôle le plus important

Le premier rôle du médecin généraliste considéré comme le plus important était le repérage.

« Le repérage déjà, ça c'est incontournable. » M7

« Repérage avant tout. » M5

C'est ainsi que les médecins généralistes interrogés estimaient être le premier maillon de la chaîne de soin et à l'initiative de la prise en charge qui en découlait.

« Le sentiment que j'ai c'est qu'on est primo intervenant. » M10

« On est le premier maillon. » M8

Un repérage et une suspicion diagnostic qui reposaient majoritairement sur un interrogatoire, la question du poids, du rapport à l'alimentation ; mais aussi sur l'inspection, l'apparence physique (plusieurs médecins confiaient que repérer l'anorexie mentale était plus simple car « apparente », visible).

« En fait, le repérage bien sûr qu'on le fait. Il y a un score qui existe, je vais peut-être dire une bêtise mais c'est le SCOFF TCA ou un truc comme ça, je dois l'avoir dans mon logiciel mais je ne l'utilise pas (...) Un simple interrogatoire. Je n'ai pas utilisé de score particulier. » M1

« L'anorexie je trouve que c'est beaucoup plus évident avec l'IMC on peut quand même s'appuyer sur des éléments un peu concrets, évoqués avec un certain mal être en général. » M6

B. Coordonner et orienter

Une fois le repérage fait et le diagnostic évoqué, les omnipraticiens interrogés étaient unanimes quant au sujet de leur mission suivante : désormais amener à l'acceptation d'une prise en charge spécialisée et orienter vers les spécialistes. Cela était évalué

en fonction du patient et de la sévérité des troubles, et permettant ainsi de coordonner la prise en charge.

« Soit j'ai essayé de le gérer, de donner des recommandations qui sont à mon niveau ; soit j'ai demandé une prise en charge par un spécialiste, un psychiatre, un endocrinologue, un nutritionniste. C'est un petit peu en fonction de la gravité et du symptôme ou du syndrome. » M9

« Essayer d'initier un peu cet engrenage : psychologue, puis suivi avec le psychiatre voire l'hôpital si il y a nécessité d'hospitalisation. (...) l'amener petit à petit à pouvoir accepter une prise en charge avec des spécialistes en la matière. » M7

C. Assurer le suivi

Les patients souffrant de TCA représentaient une minorité de la patientèle des médecins généralistes interrogés, dont la majorité était des patientes atteintes d'anorexie mentale (pathologie mieux dépistée).

« A vrai dire dans les 1500 patients que je suis, si je ne me trompe pas les TCA représentent 1%, 2% de boulimie et une quinzaine de patients avec une anorexie et à peu près une trentaine avec une boulimie. » M1

« J'en suis pas 15 j'en suis 2-3 en cours d'anorexie » M8

En cas de troubles peu sévères, ils se sentaient capables d'assurer le suivi de ces patients notamment en suivant l'évolution du poids, en questionnant le rapport à

l'alimentation, en s'aidant de support type pour initier les premières consultations de suivi, en élaborant des contrats de poids avec les patients, en recherchant d'éventuelles complications, et certains en introduisant des thérapeutiques si nécessité ressentie.

« En fonction de l'importance des symptômes et du syndrome, soit j'ai géré tout seul, soit avec un spécialiste, c'est au cas par cas. » M5

« En évaluer les conséquences, rechercher des complications ; prévoir, un bilan biologique, un bilan de complications ; densitométrie si on est dans le cadre d'une anorexie. (...) Chercher les complications et les pathologies psychiatriques qui vont être associées, notamment l'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil et le risque suicidaire. » M1

« J'ai déjà mis de la Fluoxétine aussi chez les patients boulimiques. Il m'est aussi arrivé de proposer mensuellement des compléments nutritionnels aux patients anorexiques. » M1

Néanmoins, ils s'accordaient pour dire que le suivi des patients atteints de TCA était difficile : malgré l'importance de la régularité du suivi, souvent ce dernier était morcelé et anarchique. Il fallait donc au praticien organiser la prise en charge afin d'être amené à revoir ses patients, d'anticiper et prévenir les délais considérés comme longs pour bénéficier d'un avis et accompagnement spécialisé.

« Mon autre patient, je pense que ça doit faire six mois si ce n'est plus que je ne l'ai pas vu. Et puis après tout à coup je vais le voir toutes les semaines pendant un mois ou deux. » M4

« Déjà moi, elle ne vient pas me voir régulièrement : elle loupe des rendez-vous. »
M11

« Si on suspecte un problème on fait déjà un bilan sanguin, c'est la première chose, pour essayer ne serait-ce que de recréer un lien, la revoir pour l'amener à revenir nous voir une deuxième fois parce qu'elle elle n'a qu'une envie c'est de prendre la tangente en fait. » M7

Dès lors la prise en charge psychiatrique/psychologique engagée, ils assuraient alors le suivi de la partie somatique, essentiellement.

« On peut s'occuper facilement des complications métaboliques, organiques qui ne relèvent pas forcément de la psychiatrie. » M5

Dans le suivi de ces patients, les médecins reconnaissaient et soulignaient l'importance du lien médecin-patient pour l'alliance thérapeutique. De même, de par leur position de médecin généraliste, avoir connaissance de l'histoire de la maladie était fondamental pour l'adaptation du suivi.

« Une fois que le bilan biologique est fait, le bilan physique est fait complètement qu'on comprend un peu les troubles et qu'on met en place un suivi secondaire en médecine générale, je les vois une fois par mois pour l'examen physique complet et voilà, tout ça pour créer un lien. » M8

Ils avaient également conscience des rechutes (comme faisant partie intégrante des TCA), leur prévention étant aussi une de leurs missions dans le suivi global du patient.

« On en a juste discuté un tout petit peu là parce qu'elle vient d'avoir une petite fille et que donc forcément l'image corporelle a été bouleversée par cette grossesse. »

M2

« Est ce qu'ils ont des soucis particuliers ? Est ce qu'ils sont à l'aise ? Est ce qu'ils ont vu des choses ressurgir ? (...) Au moins déjà poser des questions et si ils rebondissent ou répondent par l'affirmatif bah creuser un peu plus. » M4

D. Avoir une place privilégiée en tant que médecin généraliste

Repérer, coordonner et orienter, assurer le suivi, tels sont les rôles endossés par le médecin généraliste. Ils pourraient être résumés en une seule et même vision : celle de globalité.

« Notre place en tant que méd g : tout. » M1

« Nous les méd g on est des couteaux suisses. » M8

De plus, de par leur statut de médecin généraliste et parfois médecin de famille (ayant connaissance de l'histoire de chaque membre de celle-ci et pouvant interagir avec chacun d'eux), les médecins interrogés s'octroyaient une place privilégiée dans la relation au patient, notamment de confiance.

« Donc c'est un peu informel ce que je veux dire, on n'est pas là dans une intervention bien précise, très protocolée au contraire je pense que tu es là pour justement qu'elle garde confiance quelque part dans la prise en charge globale et qu'elle comprenne bien que c'est pour son intérêt qu'on le fait, parce que parfois elles peuvent se sentir un peu « agressées »(je ne sais pas si c'est le terme) par l'institution médicale et en particulier hospitalière qui est parfois vécue comme un repoussoir pour ces patients-là. » M10

« Il y a du travail aussi à faire au niveau motivation et je pense que le médecin généraliste est là important. » M11

Bien que chaque relation soit vécue comme unique (influencée par la personnalité du patient et par la motivation de ce dernier), être à l'écoute, être patient, épauler et soutenir sont également des rôles considérés comme primordiaux par les omnipraticiens.

« Dans le suivi, le fait de garder le lien et la confiance dans tout ce processus de prise en charge qui est parfois assez lourd. Et puis le soutien simplement, un peu de soutien psychologique, l'écoute, encore tout ça c'est un peu plus informel mais je pense que c'est important pour le patient. » M10

IV. Les offres et structures de soin spécialisées de proximité

A. Connaissances des médecins généralistes

Concernant les offres et structures de soin spécialisées, il existait une disparité entre les médecins interrogés corrélée à leur milieu d'exercice : en effet, les offres de soin de proximité étaient mieux connues des médecins exerçant en ville que de ceux exerçant en milieu semi-rural et rural.

« C'est un peu biaisé parce que je travaille à l'université catholique de Lille dont le GHICL dépend donc je connais Vincent Dodin donc c'est en effet facile. » M7

Les connaissances étaient apportées par le bouche à oreille via les confrères ayant été confrontés à des situations similaires et ayant déjà effectué les démarches de recherche d'offres et structures de soin dans le périmètre d'exercice.

« J'ai eu quelques infos par une collègue parce que justement elle suit une jeune anorexique donc elle a dû se renseigner sur les structures en place, donc du coup au sein de la maison médicale on s'est fait un petit répertoire un peu avec les contacts. » M4

Salomé TAHON

« Je pense que c'est St Vincent ou St Phi qui a un service dédié, parce qu'on a une amie de promo qui y travaille. » M5

Elles étaient également apportées par le retour et vécu des patients ayant eux-mêmes menés leurs recherches.

« Après c'est le feedback des patients qui nous dit bon bah finalement ça s'est bien passé, qu'est-ce qu'il a fait avec vous, il a fait plutôt ci plutôt ça ; d'accord donc lui il fait tel type de thérapie pour tel type de trouble. » M8

Enfin, certains tiraient leurs connaissances de brochures reçues au cabinet.

« Ils nous ont donné des plaquettes d'informations, c'est comme ça que je l'ai su. »

M6

Néanmoins tous avouaient que leurs connaissances des offres et structures de soin spécialisées de proximité étaient faméliques si non inexistantes.

« Je n'en ai aucune idée justement donc très très bonne question. » M3

« On sait sur le réseau très proche de la ville mais au-delà de la ville c'est plus compliqué. » M8

B. Le manque de visibilité du dispositif initié par le DGOS et l'ARS

Ce manque de connaissance des offres et structures de soin spécialisées de proximité et la manière d'y accéder, pourrait être en partie expliqué par le fait que le dispositif mis en place par le DGOS et l'ARS manquait de visibilité (instruction du 03 septembre 2020 relative à l'organisation de la prise en charge des TCA (Annexe)).

Les médecins ont exprimé leur déception envers l'ARS et ses différents projets, reprochant la longueur d'application/exécution et l'écart avec la réalité des pratiques sur le terrain.

« J'apprends ça aujourd'hui. Il faudrait que nous en ayons connaissance car cette offre en trois niveaux pourrait être intéressante. La première chose c'est l'information des praticiens, je pense que c'est la première chose à faire. » M13

« C'est le problème des projets comme ça, ils n'ont pas tenu compte du tout de la réalité des choses et de la réalité du terrain. Donc c'est un gadget quelque part qui est très bien dans les intentions mais qui en pratique est à côté de la plaque. (...) Et il y a beaucoup de choses qui pourraient être faites mais tant qu'on ne prendra pas en considération la réalité des choses et qu'on essaiera pas de mettre en place des choses avec ceux qui sont au charbon bah c'est voué à une inexistance. » M9

C. Le manque de personnel

Ce manque de visibilité et donc de connaissance des offres et structures de soin spécialisées de proximité pourrait être quant à lui expliqué par le manque de personnel. Notamment par le manque de spécialistes intervenant dans la prise en charge des TCA.

« L'offre de soin est quand même un peu famélique concernant ces 3 spécialités y compris la médecine g. » M1

Ce manque de spécialistes engendrerait alors une difficulté d'accès aux soins et des délais de prises en charge hospitalières et psychiatriques vécus comme très longs par les médecins généralistes ; démunis, orientant donc leur patient vers les urgences.

« Peut-être un accès plus simple à une équipe un petit peu dédiée : si on avait des équipes accessibles sur notre territoire, pas trop loin parce que moi entre là où j'exerce et les premiers centres, souvent c'est plutôt du côté de l'agglomération lilloise, donc les gens ne se déplacent pas. » M4

« C'est les délais hospitaliers qui sont catastrophiques, ne serait-ce que pour avoir un rendez-vous. Donc quand je dois faire hospitaliser en urgence c'est catastrophique parce que vous n'avez pas de délai, je suis obligée de passer par le biais des urgences, en priant très fort pour qu'ils aient de la place dans le service. »

M7

D. L'exercice en milieu (semi) rural

Les médecins interrogés exerçant notamment en milieu semi rural et rural mais aussi dans les milieux défavorisés soulignaient le problème de la distance comme frein à la prise en charge spécialisée. Leur milieu d'exercice étant également corrélé au manque de connaissance des structures spécialisées de proximité.

« Il y en a pas proche de chez moi. 60 kilomètres, imaginez les causes et les conséquences que ça peut avoir. » M1

Ils exprimaient également regretter le manque de moyens placés pour soutenir l'éducation à la santé et à l'alimentation.

« Je pense que c'est l'éducation : tout passe par l'éducation. Et l'éducation chez l'enfant. Je pense qu'il y aurait quelque chose à faire au niveau de l'éducation nationale mais je ne me fais pas d'illusion, l'éducation nationale n'a pas suffisamment de moyens pour aller dans le bon sens. Je pense que c'est un problème de société et c'est pas forcément un problème médical. Ça devient un problème médical à cause du problème de société. » M9

V. Les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des TCA

A. L'attitude des patients face au médecin généraliste

Une des principales difficultés évoquée par les médecins interrogés était l'attitude du patient. En effet, tous ont avoué être en difficulté face au déni, au mensonge qu'induisent les troubles mais aussi face au manque de motivation du patient à se prendre en charge et au manque d'adhésion aux soins.

« Le plus difficile, c'est une prise en charge complexe et longue ; au cours de la consultation elles adhèrent à ce qu'on leur propose mais elles en font souvent à leur tête et puis voilà elles continuent leur chemin. Les vomissements sont souvent dissimulés. » M13

« Elles ne croient pas que c'est une maladie donc c'est compliqué de faire accepter de devoir être suivie. » M2

Persuader les patients de l'intérêt d'une prise en charge, notamment spécialisée, est fastidieux et long. L'est tout aussi de garder les patients dans le parcours de soin une fois celui-ci instauré.

« La difficulté c'est pas tant de les prendre en charge, c'est d'arriver à ce qu'elles acceptent cette prise en charge, parce que tout le monde en est conscient la plupart du temps sauf elle. » M7

Avoir le sentiment d'être mis en échec était difficilement vécu par les praticiens qui se sentaient alors démunis.

« Ces trois patientes ça a toujours été très compliqué. A ce jour, aucune des trois n'a résolu le problème. Suivre seul ces patientes en tant que médecin généraliste c'est compliqué. » M13

B. Les difficultés induites par les facteurs externes

Les médecins confiaient être en difficulté face à l'intervention de facteurs externes, notamment les réseaux sociaux et diverses applications détournées de leurs usages habituels. Ces dernières alimenteraient et perpétueraient les troubles, particulièrement chez les patients souffrant d'anorexie mentale.

« Ce que je n'avais pas appris dans mes études et que je découvre aujourd'hui c'est la place des réseaux sociaux. C'est à dire qu'elles ont toutes des années d'avance sur nous, sur les réseaux Instagram, sur les Tik Tok. Soit ça suit vraiment des anorexiques sur Insta, sur Tik Tok ; moi j'en ai une c'était ça, donc elle suivait les anorexiques avec les « bons plans » d'anorexiques et compagnies. Soit ça va suivre les contrôles freak de l'alimentation donc ils vont avoir à la fois les applications de contrôle des calories strictes qui sont utilisées normalement par les gens qui font du sport mais à des taux où on va essayer 1000 kilocalories par jour et donc utiliser cette application pour ne pas les dépasser. Donc vraiment un mésusage complet de cette application-là. » M8

Ils évoquaient également se sentir en difficulté face à l'accès facile et bon marché de la « malbouffe » présente quotidiennement sous nos yeux.

« Surtout dans ambiance actuelle. Tu le prends comme ça, j'ai une friterie en face de mon cabinet et régulièrement j'ai envie d'aller m'astiquer la friterie mais c'est juste du fantasme médical. » M9

C. Être relégué au second plan

Les médecins interrogés ne se sentaient pas complètement intégrés à la prise en charge, notamment dès lors qu'un relais avec les spécialistes était réalisé. Certains exprimaient le fait de ne pas être considérés comme suffisamment compétents pour assurer une partie de la prise en charge des TCA en tant que médecin généraliste (aussi bien par les patients que par certains spécialistes), se voyant alors qualifié de simple somaticien, ne menant que des consultations dont le motif premier est purement somatique et pas toujours en lien avec le TCA.

« C'est vrai que je la vois pour autre chose, pas trop pour ses TCA. » M5

« Elles sont plus suivies en psychiatrie donc moi je les vois pour autre chose, finalement c'est vrai que le contrôle biologique avant été demandé parce qu'il n'y avait pas trop moyen de faire autrement mais sinon je ne les vois quasiment pas. »

M9

Ils regrettaient aussi le manque de communication avec les spécialistes sur la prise en charge.

« Il y a un suivi qui est fait par le psychiatre qui nous échappe un peu. » M12

« Ce n'est pas toujours facile pour nous, un coup de fil, de façon informelle pour que le patient puisse le voir plus rapidement ; mais pour nous, des contacts plus fréquents, humainement ce serait idéal mais même téléphonique, qu'on puisse discuter sur un cas, un patient qu'on a en commun, ça ça n'est pas toujours évident.

C'est pas un reproche vis-à-vis des spécialistes, je sais qu'ils sont débordés mais le sentiment qu'on a, c'est d'être isolé, alors que je pense que si on était plus souvent en contact les uns avec les autres ça permettrait de mieux appréhender la problématique d'un patient dans une discussion directe au téléphone ou directement dans le cadre d'une réunion. » M10

D. Evoquer le sujet

Les omnipraticiens ont partagé leur difficulté dans le repérage de la boulimie nerveuse et de l'hyperphagie boulimique (car non apparente au premier abord), persuadés de méconnaître des patients souffrant de TCA parmi leur patientèle.

« La boulimie c'est plus insidieux, il faut poser la question sinon tu n'as pas de réponse. » M2

« Ce qui est compliqué, c'est que moi je vous ai dit 5, je suis sûre que j'en ai plus que 5 : j'ai environ 1300 patients, sur les 1300 y'en a plus que 5 qui ont des TCA. Donc c'est pour ça que c'est un peu compliqué à suivre. » M6

Oser évoquer le sujet des TCA en consultation était décrit comme compliqué par les médecins : questionner le poids et notamment le surpoids, mais aussi le rapport à l'alimentation.

« Des jeunes filles en surpoids j'en ai quelques-unes. Après s'il y a un TCA derrière... je t'avoue que je ne pose pas la question. C'est un peu difficile je trouve de parler du poids si les patients n'ont pas envie d'en parler. » M2

« Savoir diagnostiquer ces troubles, détecter ça quand le patient n'en parle pas de lui-même. Là c'est la patiente qui l'a évoqué, mais c'est vrai que d'autres patients qui vont nous dire « on a tout le temps faim », « on a tout le temps envie de manger » faut pouvoir y penser effectivement. » M6

E. Manquer de temps

A plusieurs reprises, était évoqué le manque de temps comme difficulté dans la prise en charge des TCA, qui, comme de nombreuses pathologies psychiatriques, demandent des consultations plus longues qu'à l'habitude.

« Ce sont des consultations difficiles et chronophages. Parce que si on veut faire les choses bien et moi j'essaie toujours de faire les choses bien, ça prend beaucoup beaucoup beaucoup de temps et à chaque fois. » M9

« Ça reste très compliqué car il faut accorder du temps. » M11

L'accord de temps supplémentaire pour ces consultations spécifiques était décrit comme d'autant plus difficile à octroyer de par la charge de travail importante du médecin généraliste installé en cabinet.

« Après je vous avoue que je n'ai pas retenu parce qu'une fois que je le mets à l'écrit, je me débarrasse de cette info pour emmagasiner autre chose. (...) C'est vrai qu'on est de plus en plus surchargés de travail. » M4

F. Manquer de connaissances

Les médecins généralistes qui ont exprimé le regret de ne pas avoir été mieux formés à la prise en charge des pathologies psychiatriques et notamment aux TCA au cours de leurs études.

« Il y a quand même un versant psychologique net là-dedans et donc ça c'est pas évident en tant que généraliste, on est très peu formé à la prise en charge psychologique de manière générale que ce soit pour les TCA ou autre chose, donc c'est assez difficile à prendre en charge je trouve. » M4

« Déjà l'hyperphagie boulimie c'est pas un trouble dont on parle beaucoup dans nos études je trouve. » M3

Ils ressentent la nécessité d'être aidés et soutenus par leurs confrères et consœurs spécialistes pour être aiguillés dans la prise en charge des TCA, surtout lorsqu'il s'agit d'évaluer la notion « d'urgence ».

« En fait pour moi ça nécessite une approche par de multiples intervenants, c'est à dire qu'on ne peut pas nous tout seul être le seul recours à ce type de problématique qui est beaucoup trop complexe (...) Tout seul c'est impossible ! » M10

« Est ce que c'est urgent, c'est pas urgent ? Faut-il adresser ou ne pas adresser ? »

M5

G. L'accès aux soins

Une des difficultés également évoquée au cours des divers entretiens est le problème d'accès aux soins. En effet, les médecins interrogés se sentaient limités dans la prise en charge de leurs patients de par la distance des structures spécialisées permettant un accompagnement pluridisciplinaire ; une distance d'autant plus handicapante que le praticien exerçait en milieu (semi) rural.

« Peut être un accès plus simple à une équipe un petit peu dédiée : si on avait des équipes accessibles sur notre territoire, pas trop loin parce que moi entre là où j'exerce et les premiers centres, souvent c'est plutôt du côté de l'agglomération lilloise, donc les gens ne se déplacent pas. » M4

« En fait, il n'y a pas un grand nombre parmi ces patients qui acceptent d'avoir un suivi spé en dehors du mien et quand ils acceptent ils n'ont pas forcément envie d'être à l'autre bout de la région. » M1

Face au manque de connaissance de l'existence de structures spécialisées, au manque de personnel spécialisé mais aussi face à la distance pour accéder à ses soins, les médecins confiaient adresser aux urgences leurs patients. Ils espéraient ainsi que ces derniers puissent être pris en charge plus rapidement et être orientés vers des soins spécialisés.

« On a ce problème avec l'intégrité de la psychiatrie, plus rapides, ce qu'il faut vraiment c'est des moyens. » M8

« Grosso modo c'est très compliqué de mettre en place les choses et parfois on va devoir arriver à faire une hospitalisation en urgence parce qu'on manque de moyens. » M7

VI. Les aides à la prise en charge des TCA en tant que médecin généraliste

A. Être aidé par

Dans de multiples situations, les médecins interrogés avaient été alertés par la famille du patient souffrant de TCA (notamment les parents), l'école, ou encore par le patient lui-même, facilitant alors la démarche diagnostic.

« C'est souvent les familles qui nous les amènent en premier. » M10

« Quand ça va pas avec mes tocs je m'empiffre, et après je me fais vomir ». C'est elle qui me l'a dit. » M6

De même au cours du suivi, le soutien de la famille et l'expertise parfois apportée par le patient lui-même étaient vus comme une aide non négligeable.

« Heureusement il y a des associations de patients qui font le boulot de l'ARS en 10 fois mieux ça c'est vachement important parce que nous on est face à des patients experts. » M8

Les médecins généralistes reconnaissent également apprécier être aidés et accompagnés par leurs confrères et collègues spécialistes lors du diagnostic, du

suivi mais aussi dans la prise en charge des complications quand cela était possible. Ils émettaient le souhait de communiquer davantage avec ces derniers dans le but d'optimiser la prise en charge et d'avoir des discours cohérents.

« Parce que forcément ça n'est pas évident mais faciliter le lien entre les différents intervenants ça permettrait aussi qu'on ait un discours convergent, qu'on soit synchronisés par rapport à la prise en charge du patient. » M10

« La prise en charge pluridisciplinaire parce qu'être seul pour le suivi de ces patientes là pour moi ça a été une difficulté parce que ça n'est pas évident de leur faire admettre de se faire suivre également par psychiatre et psychologue, pour certaines ça a été un refus ; et suivre seul ces patientes en tant que médecin généraliste c'est compliqué. » M13

B. Enrichir ses connaissances

Conscients de manquer de connaissances dans la prise en charge des TCA, les médecins interrogés ont exprimé le souhait d'être mieux formés ainsi que de disposer de ressources sur lesquelles ils pourraient s'appuyer : connaître les différents intervenants dans la prise en charge globale des troubles mais aussi les différentes offres et structures spécialisées de proximité afin de pouvoir mieux orienter en fonction du profil du patient, était également une de leurs demandes.

« Peut être si j'ai l'occasion, c'est d'aller à une demi ou une journée de formation pour voir comment ça se passe et mettre des visages sur des noms. Sinon à l'occasion avoir plus facilement de bonnes adresses et des procédures. Pouvoir derrière visualiser comment ça se passe. » M11

« Ce qui pourrait m'aider dans la prise en charge des TCA : une formation spécifique, plus de temps à consacrer à ces patients. » M12

C. S'adapter à la pathologie en tant que médecin généraliste

Conscients des besoins que requiert la prise en charge des TCA en cabinet de médecine générale, au cours de l'entretien, les omnipraticiens semblaient accepter que ces consultations puissent être plus longues et de dédier des consultations spécifiques au motif du trouble.

« Faire une consultation dédiée qui prenne plus de temps (...)moi ça ne me pose pas plus de problème que ça. » M2

« En général, en consultation ils ne viennent pas nous dire « quand ça va pas, je mange » ou « j'ai un IMC à 14 et je me trouve grosse », en fait la plainte elle est pas là. Donc avoir un peu plus de temps, ouais. » M6

En tant que médecin de famille, il semblait également important de connaître l'histoire de la famille du patient souffrant de TCA ainsi que de chacun de ses membres et de pouvoir interagir avec chacun d'eux. Ceci dans le but de mieux comprendre le trouble et ainsi d'essayer d'adapter au mieux la prise en charge.

« Une fois qu'on a compris un peu l'histoire, le problème également intra familial. »

M6

« La place par rapport également à la famille, on a une place importante par rapport à la famille, nous on la repère mais la famille l'a repéré bien souvent avant nous (...) C'est vraiment un rôle d'accompagnement vis à vis de la famille, pas seulement de la personne. » M7

D. Proposer des solutions d'aides à la prise en charge des TCA en cabinet

Nombreuses ont été les propositions de solutions d'aides à la prise en charge des TCA en cabinet au cours des entretiens : en effet, il a été plusieurs fois évoqué le remboursement des prises en charges spécialisées, ce qui pourrait favoriser la pluridisciplinarité et ainsi prévenir des complications ; la création de site ou d'algorithme d'aide à la décision, tout comme des questionnaires d'évaluation reproductibles afin d'évaluer objectivement l'évolution au cours du suivi ; être davantage informé des diverses offres et structures spécialisées à travers des brochures ; et il a également été soumise la proposition d'ouverture de structures spécifiques aux jeunes adultes pour la prise en charge des TCA et des autres pathologies psychiatriques d'une manière plus globale.

« En général, ils sont suivis par moi uniquement pour de multiples raisons, mais la première étant que j'exerce en milieu défavorisé et que les diététiciens ne sont pas remboursés. C'est compliqué. (...)Parce que pour que ce soit pris en charge comme ça, la principale limite, c'est la prise en charge financière. Le remboursement des diététiciens et psychologues simplifierait bien la prise en charge. » M1

« Peut être un questionnaire type qu'on pourrait répéter au fur et à mesure des entretiens, quelque chose d'assez carré, pas trop long non plus parce qu'il y a des questionnaires des fois qui sont extrêmement longs, très bien pour porter des diagnostics ou des diagnostics de gravité ou des scores de qualité de vie mais peut-être quelque chose de relativement rapide à faire. » M5

DISCUSSION

L'objectif de cette thèse était de faire un état des lieux des connaissances, représentations et vécus qu'ont les médecins généralistes de leur place dans l'offre de soin et la prise en charge des TCA dans le Nord-Pas-de-Calais en 2023 à travers la réalisation d'une étude qualitative, se voulant phénoménologique.

Les résultats et l'analyse montrent que les similitudes existantes entre les TCA et les autres pathologies relevant de l'addiction, ne sont pas ignorées des MG : des maladies chroniques, mêlant somatique et psychique, dont les rechutes font partie intégrante de la voie vers la rémission (16).

Bien que les TCA représentent une faible part de la patientèle des médecins généralistes (17), ils estiment avoir toute leur place dans la prise en charge de ceux-ci, notamment dans le repérage, rôle qu'ils considèrent comme le plus important. (18) Cependant, il reste difficile d'aborder le sujet et de questionner les patients sur leur rapport au poids et à l'alimentation en consultation.

Parallèlement, deux études qualitatives portant sur le sujet interrogeaient des patients atteints de TCA. Les patients consultés rapportaient le regret de ne pas avoir eu un diagnostic plus précoce, espérant que leur médecin traitant aborderait le sujet ; ce dernier étant difficile à évoquer spontanément par eux –mêmes. (19, 20).

Cela étant d'autant plus vrai pour la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique qui sont souvent invisibles et cachées. (21)

En effet, bien que l'anorexie soit le trouble au premier plan lorsque sont évoqués les TCA, la boulimie nerveuse mais plus encore l'hyperphagie boulimique restent méconnues et souvent confondues. Une étude américaine soulignait cette méconnaissance avec plus de 40% des praticiens n'ayant jamais évalué une

hyperphagie boulimique dans leur pratique (22). Ceci peut s'expliquer par son apparition relativement récente en tant que TCA à part entière dans le DSM 5 de 2013 (23). Pourtant, l'hyperphagie boulimique est le plus fréquent des TCA avec une prévalence vie entière de 1,9% au niveau mondial (2,9% aux USA). (24, 25)

Plus de la moitié des TCA ne sont pas dépistés et n'accèdent pas aux soins. (17)

Faciliter le repérage des TCA en y dédiant spécifiquement des consultations de dépistage est à ce jour en cours de discussion. Le but étant d'aider les médecins généralistes dans leur pratique afin de mieux les dépister et de mieux les appréhender au cabinet. (26)

L'Académie Australienne et Néozélandaise des troubles de l'alimentation (ANZAED) a réuni un groupe d'experts de chercheurs et de cliniciens sur les TCA pour définir les normes de pratique clinique et de formation recommandées pour les professionnels de la santé qui traitent les personnes atteintes d'un de ces troubles.

L'article qui en résulte décrit huit principes de traitement des TCA :

- Une intervention précoce est essentielle ;
- La coordination des services est fondamentale ;
- Les soins apportés doivent être fondés sur des preuves ;
- La participation d'autres personnes importantes à la prestation des soins est hautement souhaitable ;
- Une approche thérapeutique personnalisée est nécessaire pour tous les patients ;
- L'éducation et/ou la psychoéducation sont incluses dans toutes les

interventions (49);

- Des soins multidisciplinaires et l'intervention de professionnels qualifiés sont nécessaires.

Sept normes générales de pratique clinique sont également abordées, notamment le diagnostic et l'évaluation ; l'équipe de soins multidisciplinaire ; une alliance thérapeutique positive ; une connaissance du traitement fondé sur des données probantes ; une connaissance des niveaux de soins ; la prévention des rechutes ; et la responsabilité professionnelle. (27)

Tous ces principes, cités ci-dessus, sont bien admis par les médecins généralistes français que j'ai pu interroger. Cependant pourquoi cela reste-t-il si difficile en pratique ?

Une fois le diagnostic évoqué, s'ensuit la tâche d'orientation et de coordination des soins qui s'avère complexe. Ce, notamment de par un manque de connaissance des structures et offres de soins de proximité mais également de par un manque de personnel spécialisé disponible sur le territoire, et parfois, par un manque de communication avec ces spécialistes.

Ce sentiment d'impuissance des MG ainsi que la problématique du réseau d'aval ont déjà été identifiées dans la littérature concernant les TCA (28).

Bien qu'une publication de la HAS visant à améliorer la coordination entre les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux soit parue en 2018, cela reste encore une difficulté cinq ans plus tard, en 2023. (29)

Ce manque de connaissances et l'isolement, sont vécus comme des obstacles

supplémentaires pour l'optimisation de la prise en charge de ces troubles, décrite comme particulièrement difficile. Ce, notamment de par les comportements de déni, d'informations dissimulées qu'ils induisent (30) et le refus d'une prise en charge spécialisée, qui plus est psychiatrique, par le patient. (31)

Le sentiment d'être démuni face à ces troubles connus de tous mais pourtant mal connus, accentue un peu plus encore la complexité de la prise en charge en cabinet.

Ce sentiment d'isolement est d'autant plus présent et pesant dans les milieux ruraux et semi-ruraux où l'accès aux soins de par la distance et le coût qu'ils peuvent impliquer sont de véritables freins à l'acceptation de la prise en charge. (32)

Le manque de temps est également un élément problématique récurrent au cours des entretiens. Il a pourtant un impact non négligeable sur les prises en charge.

En effet, le retard dans le programme des consultations peut avoir des répercussions considérables sur la qualité des soins entraînant un interrogatoire et un examen clinique raccourcis, potentiellement source d'oublis, de prescriptions moins pertinentes, une prise en charge globale incomplète, et une relation médecin-malade parfois détériorée. (33)

En cause, le manque de médecins généralistes associé à la pénurie d'offres de soins (kinésithérapeute, diététicien, psychologue etc) ayant pour conséquence une surcharge de la patientèle des médecins généralistes encore en activité (34, 35).

Dès lors se pose la question de comment améliorer la situation actuelle ?

Une meilleure formation au cours des études et après celles-ci, pouvant passer par des offres de formation continue ; ainsi qu'une meilleure connaissance des offres et structures de soins spécialisées de proximité notamment en améliorant la

communication de ces informations, semblent des points essentiels. (36)

Par-delà les frontières, en 2013, Eating Disorders Victoria obtenait un financement de 3 ans de la Fondation William Buckland pour fournir un programme d'éducation sur les troubles de l'alimentation aux professionnels de la santé de premier recours.

Le programme comprenait trois volets :

1. Brochures d'information dans plus de 880 cliniques à travers Victoria en partenariat avec des distributeurs, InfoMed.
2. Séances de formation sur les « Troubles de l'alimentation en médecine générale » accréditées par le RACGP (Royal Australian College of Physicians), développées et fournies en partenariat avec le Victorian Centre for Excellence in Eating Disorders (CEED).
3. Visites dans les cliniques de Victoria de médecins généralistes pour offrir des opportunités d'informations et de soutiens informels et individualisés au personnel.

Les résultats préliminaires ont été positifs, avec plus de 70 % des 430 participants déclarant que leurs besoins d'apprentissage concernant leur capacité à reconnaître les signes et les symptômes des différents types de troubles de l'alimentation ont été entièrement satisfaits. D'autres résultats positifs seront présentés et les implications pour les travaux futurs seront discutées. (37)

Au cours des entretiens, il a nettement été exprimé une déception et une perte de confiance envers l'ARS, qui multiplie les projets sans tenir compte la réalité du terrain. En effet, suite à l'instruction DGOS du 3 septembre 2020 (38), l'ARS Hauts-de-France a engagé une démarche de structuration de l'offre de soins avec l'appui

de professionnels de la région investis dans la prise en charge des TCA. Le dépôt limite des candidatures étant fixé à septembre 2021. Deux ans après cet appel à projet, alors que 9 établissements de santé ont été labellisés dans les Hauts-de-France pour la prise en charge des troubles des conduites alimentaires (TCA), aucun des MG que j'ai pu interroger n'en avait connaissance. (39)

Et pourtant, les médecins généralistes ne manquent pas de suggestions pour les aider à avancer et améliorer la prise en charge de ces troubles en cabinet : algorithmes, sites d'informations sont des idées qui ont été fréquentes au cours des entretiens. Là encore, il existe une ignorance de ces outils d'aide déjà existants pour certains, et accessibles sur internet : prenons par exemple « anorexiciel » qui est un outil d'aide au diagnostic et à la prise en charge de l'anorexie et d'autres troubles des conduites alimentaires, à destination des médecins généralistes. Il propose, entre autres, un plan de soin type pour les cinq premières consultations (Annexe). Malgré un article dédié paru dans la revue *Exercer* en septembre 2022, il reste méconnu. (40)

Le questionnaire SCOFF-F (Annexe), n'était pas connu de tous et pourtant ce dernier possède les caractéristiques requises pour être diffusé largement auprès des professionnels de santé. (41) C'est un outil validé en France depuis 2010 pour le dépistage des TCA, avec une sensibilité de 94,6% et une spécificité de 94,8% (42).

Une thèse réalisée et soutenue en 2017 identifiait les obstacles à la connaissance et l'utilisation des outils numériques chez les médecins généralistes (43).

L'implication de la famille et parfois du patient lui-même dans la prise en charge des TCA sont également des aides non négligeables reconnues par les MG.

Le rôle du médecin de premier recours dont font partie les médecins généralistes, en plus d'un repérage précoce, d'assurer le suivi somatique, de poser l'indication à la prise en charge en milieu spécialisé ; serait également de rencontrer les parents régulièrement. Notamment quand il s'agit de prendre en charge des enfants/adolescentes/jeunes adultes souffrant de TCA, et ce en collaboration avec le centre spécialisé (44). L'aide de la famille dépasse la simple mise en alerte de l'apparition et du repérage des troubles.

Effectivement, l'effet bénéfique de l'intégration de la famille dans la prise en charge chez les patients souffrant de TCA a été étudié et a fait ses preuves à plusieurs reprises. (45, 46, 47)

Le MG est aussi appelé médecin de famille : bien souvent il assure le suivi médical de l'ensemble des membres de la famille (parents, fratrie). Qui mieux que lui connaît les traits de chacun des membres ainsi que la dynamique familiale et son histoire ? Il semble alors avoir toute sa place pour soutenir chacun des membres de la famille dans ces pathologies chroniques que sont les TCA, en plus d'être lui-même soutenu par celle-ci dans le rétablissement du trouble.

Cette étude trouve ses forces dans son caractère qualitatif avec des entretiens semi-dirigés rendant possible une libre expression des interrogés et le recueil de données inattendues. Ceci permettant de faire émerger au mieux les pratiques des médecins généralistes dans les TCA, leurs rôles, les difficultés auxquelles ils sont confrontés et les solutions qu'ils souhaiteraient voir mises en œuvre.

En outre, les données démographiques de l'échantillon montrent également des profils variés de médecins, avec des âges, des dates d'installation et des milieux

d'exercice différents cela permettant de couvrir divers retours d'expérience en fonction de ces données.

De plus, la relecture par une tierce personne a permis de dégager de nouveaux thèmes abordés en comparant les analyses.

Enfin, l'arrêt des entretiens a eu lieu après suffisance des données.

La principale limite de cette étude est le potentiel biais déclaratif, étant donné que les médecins ont été interrogés de manière rétrospective sur des cas de patients rencontrés et suivis au cours de leur carrière, pouvant être à l'origine d'un défaut de mémoire.

La méthode idéale de recueil des données en sciences sociales est l'entretien libre. Il permet une analyse plus fine et un recueil d'informations beaucoup plus large et spontané. Cependant, il nécessite un entraînement et une expérience que j'ai estimé ne pas avoir.

CONCLUSION

Au cours de sa carrière, tout médecin généraliste sera confronté à des patients souffrant de TCA. Son rôle dans cette prise en charge complexe, nécessitant multidisciplinarité, patience et temps, est central. Il est en première ligne concernant le repérage et sert de pivot pour la mise en place et le suivi des soins par la suite. Pourtant, à ce jour, les difficultés et obstacles à l'optimisation de ces soins en cabinet restent des freins importants, malgré le développement d'outils d'aide à la prise en charge de ces pathologies.

Être mieux formé à leur repérage, l'orientation et le suivi, tout comme ne pas être considéré comme simple somaticien mais bel et bien être intégré dans la prise en charge du trouble. Ce, notamment en faisant davantage de liens avec les spécialistes en promouvant la formation entre pairs par l'échange de pratiques professionnelles, semblent des points primordiaux.

Ne pas omettre également l'importance de l'intégration de la famille dans les soins, et la place qu'à le MG au sein des familles.

Améliorer la communication, la visibilité et l'accès aux informations et dispositifs d'aide apparaît comme nécessaire.

Reste le problème récurrent de moyens et de personnel qualifié, restreignant le développement de projets concrets qui pourtant, pourraient participer à l'optimisation de la prise en charge des TCA, mais aussi d'autres pathologies chroniques, par les MG en cabinet.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5-TR . American Psychiatric Association. 2022
2. Galmiche M, Dèchelotte P, Lambert G, et al. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr* 2019;109(5):1402-13.
3. Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent et l'adulte, Référentiel de psychiatrie et addictologie, 3e édition, 2021
4. Lavie E, Huas C. Boulimie et hyperphagie boulimique : des troubles invisibles ? Le rôle clé du médecin généraliste. HAS, 2020.
5. Laura Di Lodovico, Philip Gorwood. Troubles du comportement alimentaire. Rarement isolés... *La Revue du Praticien Médecine Générale*. Mars 2022. 36(1065);117-24
6. Pham-Scottez A. Complications somatiques de l'anorexie mentale. *Rev Prat* 2016;66(2):153-7.
7. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1259-65.
8. Godard Nathalie, Falissard Bruno. *La Santé de l'homme, Santé publique France*. 2008, mis à jour en 2019, n°. 394, p. 16-18
9. Rowe E. Early detection of eating disorders in general practice. *Aust Fam Physician*. 2017 Nov;46(11):833-838.
10. ARS. Cadre d'organisation de l'offre de soins pour les TCA dans les HDF, 2021
11. Jacques Epiney Blaise Martignier Bernard Scherler. Le médecin de premier recours a-t-il sa place dans le traitement des troubles du comportement alimentaire? *Rev Med Suisse* 2011; 7: 216-7
12. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*. 2002 ;159(8):1284-93.
13. Aurore Guy-Rubin, Philip Gorwood. Les troubles du comportement alimentaire. *Rev Prat*. 2016 Jun;66(6 Suppl):e274.
14. WONCA. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille [Internet]. 2002 [Consulté le 03/06/2023]. Disponible sur : <https://www.woncaeurope.org/content/france-ladefinition-europeenne-de-la-medecine-generale-%E2%80%93-medecine-de-famille>
15. Cadre d'organisation de l'offre de soins pour les TCA dans les HDF. ARS. 2021

16. Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction. National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services. Printed in April 2007. Revised February 2008, August 2010, July 2014, July 2018, June 2020
17. Journée mondiale et TCA [Internet]. France. Fédération Française Anorexie Boulimie. 2021. Tout sur les TCA. [Mis à jour le 02/06/2023]. Disponible sur : <https://www.journeemondialetca.fr/tout-sur-les-tca/definition-et-differents-tca>
18. Guy-Rubin A. Repérage précoce de l'anorexie mentale. Rev Prat 2016;66(2):146-7.
19. Jennifer Boyer. L'abord des troubles des conduites alimentaires : étude qualitative sur les représentations des médecins généralistes et les obstacles à l'abord des TCA en pratique de soins primaires. Médecine humaine et pathologie. 2019.
20. Rives-Lange C. Anorexie mentale et médecine générale : réflexions concernant la place du médecin généraliste dans le parcours de soins de patientes atteintes d'anorexie mentale ; approche qualitative à partir d'entretiens réalisés auprès de patientes. Thèse de médecine, Paris : Université Paris Diderot ; 2013
21. La vie E, Huas C. Boulimie et hyperphagie boulimique : des troubles invisibles ? Le rôle clé du médecin généraliste. HAS, 2020.
22. Crow SJ, Peterson CB, Levine AS, et al. A survey of binge eating and obesity treatment practices among primary care providers. Int J Eat Disord. 2004;35:348-353.
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th edition). Washington: APA ; 2013.
24. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry. 2007;61(3):348-58.
25. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Biological Psychiatry. 2013;73(9):904-14.
26. HCSP. Consultations de prévention. Constats sur les pratiques actuelles en médecine et propositions de développement [Internet]. HCSP ; 2009 [Mis à jour le 20/03/2023]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapports?Annee=2009&Langue=&Type=r&MC0=0&MC1=/>
27. Heruc, G., Hurst, K., Casey, A. et al. Principes de traitement des troubles de l'alimentation ANZAED et normes générales de pratique clinique et de formation. J Eat Disord 8 , 63 (2020).

28. Cadwallader JS. TCA-MG : Prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires par les médecins généralistes français. Th.D, Paris : Université Paris-Saclay; 2018.
29. 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. HAS. 9 octobre 2018.
30. Jeammet P., Anorexie, boulimie : maladies du paradoxe, Fayard, 2013
31. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*. 2013;73(9):904-14.
32. La cause perçue des difficultés du Nord Pas de Calais en matière de santé publique et d'accès aux soins. IFOP. Enquête sur la santé et l'accès aux soins dans le Nord Pas de Calais. Mars 2013
33. Sofia Chaabane. Le médecin généraliste en retard sur ses consultations : vécu et ressenti du médecin et impact sur sa prise en charge. Thèse de médecine, université de Rouen. 2018
34. Yoanna Herrera. «Un corps en fin de vie» : la pénurie de médecins généralistes en France s'aggrave encore, selon un rapport. Libération. Mai 2023
35. Bruno Ventelou, Laurene Casseville. Le manque de médecins : une maladie française ? CNRS. Février 2022
36. Angel Tse, Sabatinie Xavier, Karen Trollope-Kumar, Gina Agarwal and Cynthia Lokker. Challenges in eating disorder diagnosis and management among family physicians and trainees: a qualitative study. *Journal of eating disorders*. 2022
37. Beveridge, J., Philippzig, K. et Robertson, M. Retour aux bases de l'ED - Programme d'éducation sur les troubles de l'alimentation des médecins généralistes et des praticiens de la santé. *J Eat Disord* 3 (Suppl 1), O15 (2015).
38. INSTRUCTION N° DGOS/R4/2020/148 relative à l'organisation de la prise en charge des TCA. 03 septembre 2020
39. La prise en charge des Troubles des Conduites Alimentaires (TCA). ARS Hauts de France. Mars 2022
40. J.Mauhourat, L.Gicquel, S.mignot. Anorexiclic : un outil d'aide au diagnostic et à la prise en charge des patients souffrant de troubles des conduites alimentaires à destination des médecins généralistes. *Exercer*. Septembre 2022 ; (185) :312-316
41. Sébastien Grigioni. Conduites addictives chez l'adulte jeune : 1- addictions et stress : étude transversale dans une population d'étudiants en professions de

santé, 2 - validation d'un outil francophone de dépistage des troubles du comportement. Rouen. 2017

42. Garcia FD, Grigioni S, Chelali S, Meyrignac G, Thibaut F, Dechelotte P. Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *The World Journal of Biological Psychiatry*. oct 2010;11(7):888-93.
43. Matthieu Schuers. Évaluation d'outils d'accès à la connaissance en médecine générale. École doctorale Normande de biologie intégrative, santé, environnement. 2017
44. Sophie Vust , Solange Cook-Darzens , Françoise Lier, Anne-Emmanuelle Ambresin. Adolescents souffrant d'anorexie mentale Le rôle des parents, une approche basée sur l'évidence : bilan en 2018. DOI: 10.53738/REVMED.2018.14.603.0835
45. Cook-Darzens S. Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent. Toulouse : Erès, 2014.
46. Eisler I, Simic M, Hodsoll J, . A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry* 2016;16:422.
47. Rienecke RD. Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights. *Adolesc Health Med Ther* 2017;8:69–79. [Medline]
48. Vierling V, Etori S, Valenti L, Lesage M, Pigeyre M, Dodin V, Cottencin O, Guardia D. Prévalence et impact de l'état de stress post-traumatique chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire [Prevalence and impact of post-traumatic stress disorder in a disordered eating population sample]. *Presse Med*. 2015 Nov;44(11):e341-52. French. doi: 10.1016/j.lpm.2015.04.039. PMID: 26433833.
49. Hugo Saoudi; sous la direction de Olivier Cottencin La prévention primaire des troubles des conduites alimentaires en France et à l'international, une revue systématique de la littérature. Thèse d'exercice : Médecine, Psychiatrie. 2017

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN

1. Présentation
 - a. se présenter au participant
 - b. le remercier de l'entretien
 - c. expliquer que l'entretien est enregistré
 - d. rassurer quant à l'anonymat
 - e. introduire la thématique du sujet : « je me permets de venir vers vous pour échanger ensemble sur la prise en charge des troubles du comportement alimentaire en médecine générale à l'heure actuelle ».
 - f. lancer l'enregistrement
2. Après avoir ciblé les TCA qui seront évoqués, à savoir l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique selon le DSM 5 : Avez-vous dans votre patientèle, des individus souffrant de TCA, dont vous avez assuré le suivi/prise en charge?
3.
 - a. Oui : Concrètement, aujourd'hui, comment en assurez-vous
 - le diagnostic ? (Utilisation score/grille, autre ?)
 - le suivi/ accompagnement ? (Fréquence des consultations, contenu des consultations)
 - b. Non : fin entretien
4. Comment cela se passe/ s'est-il passé ? (1 ou 2 exemples concrets par MG)
 - a. caractéristiques des patients (âge, sexe, comorbidités, durée des troubles)
 - b. Depuis combien de temps le/la suivez- vous ? Depuis combien de temps le/la suiviez-vous avant l'apparition des troubles alimentaires ?
 - c. que pensez-vous de votre diagnostic/ prise en charge ?
 - d. ce qui, selon vous, aurait pu/peut vous aider à améliorer votre prise en charge de la pathologie ?
5. Quelle place pensez-vous avoir dans la prise en charge de ces patients ? Que pensez-vous en général de la place du MG dans le suivi de ces patients ?
6. Quelles sont vos connaissances et représentations des structures et de l'offre de soin quant à la prise en charge des TCA dans votre périmètre ?
7. Présentation rapide/résumée du Cadre d'Organisation de l'offre de soin pour les TCA dans les Hauts de France.
Comment vous imaginez vous vous intégrer à ce dispositif ?
8. Demander des précisions sur quelques une de vos caractéristiques : âge, sexe, situation familiale, lieu d'installation (urbain, semi-urbain, rural), date d'installation et formations aux TCA ou aux psychothérapies.
Remercier à nouveau.

Grille COREQ

Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
1	Enquêteur	Quel auteur a mené les entretiens individuels ?	Tahon Salomé
2	Titre académique	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Étudiant de troisième cycle en DES de médecine générale
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Étudiant de troisième cycle en DES de médecine générale
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative

Relation avec les participants

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Aucune relation antérieure
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Présentation rapide avant chaque entretien lors de la présentation du projet
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Absence de conflit d'intérêt

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
9	Orientation méthodologique et théorique	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Approche inductive généralisée et compréhensive
10	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	A partir de la liste des médecins agréés établie par la préfecture du NPDC
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone et mail
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	13 participants

13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	Aucun refus Aucun abandon
----	-------------------	--	------------------------------

Contexte

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au cabinet des médecins interrogés ou au domicile du participant via visioconférence ou appel téléphonique
15	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Présentées dans le tableau 1.

Recueil des données

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui (cf annexe) Testé lors du premier entretien. Non testé au préalable mais relu par un psychiatre addictologue spécialisé dans la prise en charge des TCA
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio sur smartphone après consentement.
20	Cahier de terrain	Des notes de terrains ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Non
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Décembre 2022 – mai 2023 (5 mois)
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Seuil de saturation obtenu à 13 entretiens.
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Analyse des données

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
24	Nombre de personne codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	L'enquêteur et un autre étudiant de troisième cycle de médecine générale
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou à partir de données ?	A partir des données recueillies
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant a été utilisé pour gérer les données ?	N Vivo 14
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes et résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui



Structuration de l'offre de soins pour les troubles du comportement alimentaires dans les Hauts de France

Appel à projets 2021 pour la labellisation des établissements

La prise en charge précoce des troubles du comportement alimentaire (TCA) constitue un enjeu de santé publique en raison de leur fréquence et de la survenue de complications somatiques et psychiatriques. L'anorexie mentale représente ainsi l'une des premières causes de mortalité prématurée chez les 15-24 ans.

En réponse à cet enjeu, l'instruction DGOS du 3 septembre 2020 relative à l'organisation de la prise en charge des TCA définit les principes qui doivent guider la structuration de l'offre de soins. Celle-ci repose sur une graduation de la prise en charge et une coordination du parcours de soins. Pour engager cette structuration territoriale, des crédits à hauteur de 3 Millions ont été délégués aux ARS.

Suite à l'instruction, l'ARS Hauts de France a engagé une démarche de structuration de l'offre de soins avec l'appui de professionnels de la région investis dans la prise en charge des TCA. Un cadre d'organisation a ainsi été élaboré.

L'ARS Hauts de France engage une procédure de labellisation des établissements prenant en charge les troubles du comportement alimentaires sur la base du cadre d'organisation régional. La procédure s'inscrit dans le cadre d'un appel à candidatures ouvert à compter du 9 juin 2021. La labellisation portera sur les niveaux 2 et 3 (offres de proximité spécialisées et unités de recours spécialisées). Un accompagnement financier pourra être apporté dans la limite de l'enveloppe allouée à la région.

Le dossier de candidature, signé par l'établissement porteur, devra être adressé par courrier électronique à l'adresse suivante : ars-hdf-santementale-psy@ars.sante.fr.

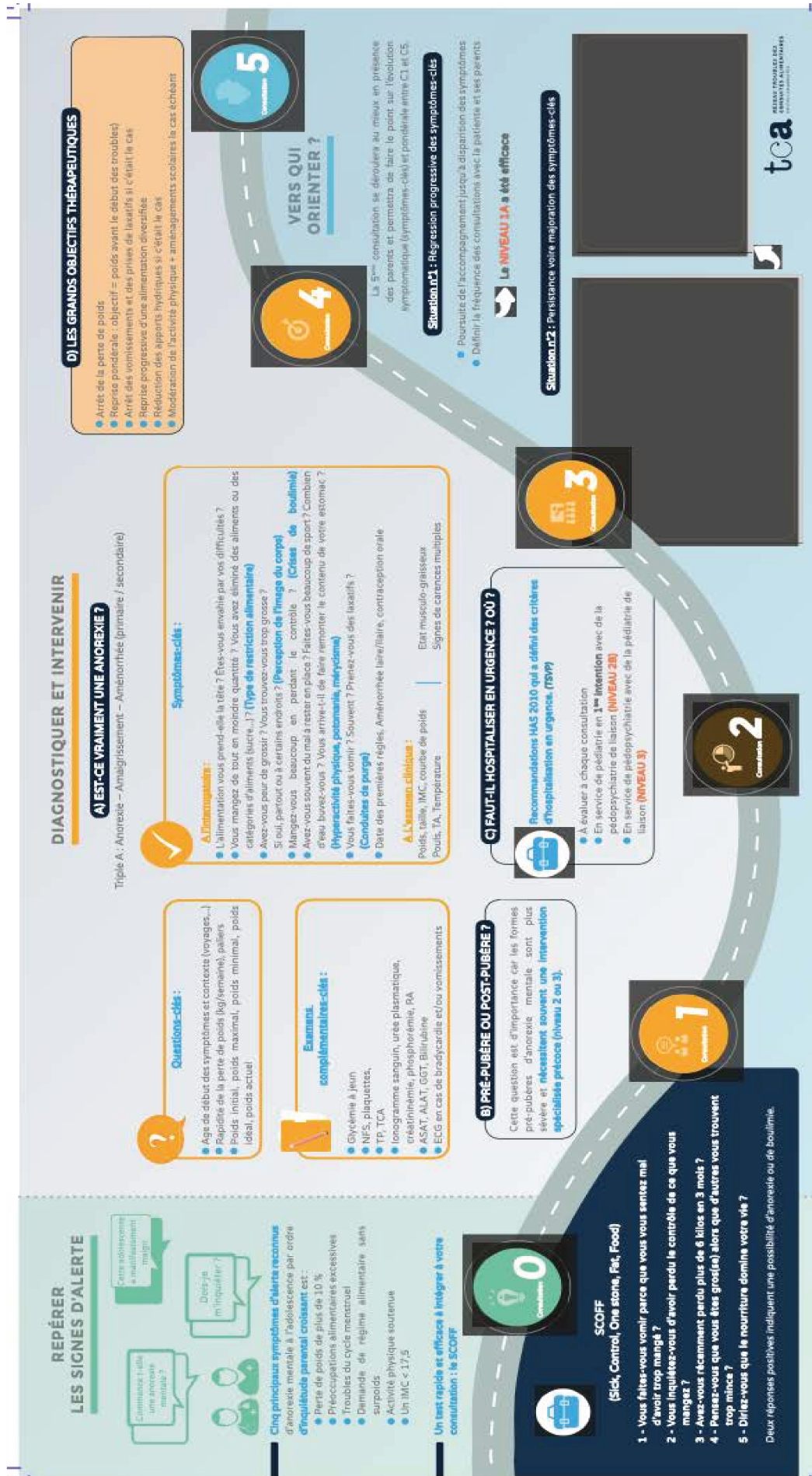
La date de dépôt des dossiers est fixée au 30 septembre 2021.

Le dossier de candidature comportera :

- Le niveau de soins demandé ;
- Une présentation générale de l'établissement (activités développées par l'établissement, plateau technique...);
- La justification de la demande (expérience de prise en charge des TCA, antériorité de l'activité de soins TCA, inscription dans le projet d'établissement, file active des patients pris en charge pour des TCA...);
- Une présentation du projet en s'appuyant sur le cadre d'organisation régional détaillé précédemment.

Une attention particulière devra être portée sur :

- Les modalités d'organisation de la pluridisciplinarité et de la coordination des soins ;
- L'accessibilité de la prise en charge (nécessité d'identifier une porte d'entrée au sein de chaque structure) ;
- La formation des équipes ;
- Les partenariats.



Questionnaire dépistage TCA SCOFF-F

Poids :

Taille :

IMC :

Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous inquiet(e) d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous trouvez-vous gros(se) alors même que les autres disent que vous êtes trop mince ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Référence : Garcia et al. Clin Nutr. 2011 Apr;30(2):178-81

RESUME

AUTEURE : Nom : TAHON	Prénom : Salomé
Date de soutenance : 14/12/23	
Titre de la thèse : Représentations et connaissances qu'ont les médecins généralistes de leur place au sein de l'offre de soin dans la prise en charge des Troubles des Conduites Alimentaires : analyse qualitative dans le Nord Pas de Calais en 2023.	
Thèse - Médecine - Lille « 2023 »	
Cadre de classement : médecine	
DES + spécialité : médecine générale	
Mots-clés : TCA, médecine générale, offre de soins	
Introduction : Les troubles des conduites alimentaires (TCA) touchent plus de 600 000 adolescents et jeunes adultes en France. L'évolution de la prise en charge est marquée par des rechutes dans plus 50% des cas. La guérison est souvent lente dans ces troubles chroniques. Leur impact est considérable sur la santé physique et psychique des personnes atteintes mais aussi sur leur qualité de vie, leur vie affective, sociale, professionnelle et familiale. Ils sont responsables d'une surmortalité importante par rapport à la population générale (de 2 à 10% à 10 ans selon le TCA). Un diagnostic rapide et une prise en charge précoce adaptée en améliorent le pronostic. Le médecin généraliste, en tant que professionnel de premier recours a alors un rôle fondamental dans leur prise en charge. L'objectif principal de ce travail de recherche est de faire l'état des lieux sur les représentations, connaissances et vécu qu'ont les médecins généralistes de leur place au sein du modèle existant dans la prise en charge des TCA.	
Matériel et méthodes : L'analyse est qualitative, se voulant phénoménologique, avec entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés en libéral dans le Nord Pas de Calais. Les entretiens sont retranscrits par verbatims puis analysés à l'aide du logiciel N Vivo 14. Le codage permet de catégoriser plusieurs idées en sous-thèmes puis grands thèmes.	
Résultats : L'échantillon est composé de 13 médecins généralistes. Bien que les TCA représentent une faible part de la patientèle des MG, ils estiment avoir toute leur place dans la prise en charge de ceux-ci notamment dans le repérage. Néanmoins, se sentir en capacités de suivre et d'orienter ces patients est vécu comme difficile, de par un manque de connaissance théorique, par un manque de connaissance des structures et offres de soins spécialisées dans le périmètre d'exercice mais également par un manque de communication avec les divers spécialistes.	
Conclusion : Au cours de sa carrière, tout médecin généraliste sera confronté à des patients souffrant de TCA. Son rôle dans cette prise en charge complexe, nécessitant multidisciplinarité, patience et temps, est central. Être mieux formé à leur repérage, l'orientation et le suivi, tout comme ne pas être considéré comme simple somaticien mais bel et bien être intégré dans la prise en charge du trouble. Ce, notamment en faisant davantage de liens avec les spécialistes en promouvant la formation entre pairs par l'échange de pratiques professionnelles, semblent des points primordiaux. Ne pas omettre également l'importance de l'intégration de la famille dans les soins, et la place qu'à le MG au sein des familles. Améliorer la communication, la visibilité et l'accès aux informations et dispositifs d'aide apparait comme nécessaire. Reste le problème récurrent de moyens et de personnel qualifié, restreignant le développement de projets concrets.	
Composition du Jury :	
Président : Pr Olivier COTTENCIN	
Assesseurs : Dr Sandrine DEGORRE, Dr Maurice PONCHANT	
Directrice de thèse : Dr Sandrine DEGORRE	