



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Dépistage des troubles des conduites alimentaires par le médecin généraliste via le questionnaire SCOFF : vécu des patients

Présentée et soutenue publiquement le 7 mars 2024 à 18h
au Pôle Formation
par **Pauline KERCKOVE - ALEXANDRE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Madame le Professeur Anita TILLY

Monsieur le Docteur Joël CHARBIT

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Gabrielle LISEMBARD

Avertissement

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

Table des matières

Liens d'intérêt.....	1
Sigles	2
Résumé.....	3
Introduction	5
Matériel et méthode	8
1 Type d'étude	8
2 Population	8
3 Recueil des données	9
4 Analyse des données.....	10
5 Aspects éthiques et réglementaires.....	11
Résultats	12
1 Reconnaître, connaître et comprendre son trouble alimentaire.....	14
1.1 Du traumatisme infantile à l'état psychologique adulte : comment le rapport au corps témoigne des souffrances internes.....	14
1.2 Perdre le contrôle pour tenter de le retrouver	16
1.3 Une conscience partielle et inégale marquée par le déni et des mécanismes de défense.....	17
2 La place des autres dans le trouble : des premiers signes aux révélations.....	19
2.1 Cacher son trouble : à qui et pourquoi ?.....	19
2.2 Poids de l'entourage ou poids pour l'entourage ?.....	20
2.3 Confier ses souffrances pour trouver une aide adaptée	21
3 Vouloir aller mieux pour soi, avec les autres	22
3.1 Le nécessaire déclic interne ou externe	23

3.2	Prendre la main sur sa santé en étant déterminé	23
3.3	Premiers leviers du début de la prise en charge.....	24
4	Relation au médecin généraliste : quand le vécu renforce ou dépasse les attentes et les <i>a priori</i>	25
4.1	De nombreux <i>a priori</i> à dépasser.....	25
4.2	Des attentes à prendre en compte.....	27
4.3	Confrontation aux expériences passées et présentes	27
4.4	Un parallèle asymétrique avec le professionnel de santé mentale	29
5	Un dépistage majoritairement bien vécu.....	30
5.1	Des conditions indispensables réunies	31
5.2	Un sujet intime, difficile mais nécessaire à aborder	32
5.3	Un questionnaire critiqué mais bien administré	33
6	Et après ? Bilan ambivalent d'un dépistage aux multiples facteurs	34
6.1	Une révélation assumée et tournée vers l'avenir	34
6.2	Une (non-)révélation refoulée et sans espoir	35
	Discussion	37
1	Résultats principaux.....	37
2	Comparaison avec la littérature	37
3	Forces et limites	39
4	Perspectives	42
	Conclusion	44
	Références bibliographiques.....	45
	Annexes	53
1	Test SCOFF-F	53
2	Lettre d'information	54
3	Guide d'entretien ouvert.....	56

4	Extrait journal de bord	57
5	Réflexivité	58
6	Extrait verbatims	60
7	Livre de codes.....	61
8	Schémas explicatifs	62
9	Critères COREQ	64
10	Avis CPP	66

Liens d'intérêt

Je déclare ne présenter aucun lien d'intérêt.

Sigles

AN	<i>Anorexia nervosa</i>
BED	<i>Binge eating disorder</i> (accès hyperphagiques)
BN	<i>Bulimia nervosa</i>
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
COREQ	<i>Consolidated criteria for reporting qualitative research</i>
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5 ^{ème} version)
F2RSM Psy	Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale
HAS	Haute Autorité de Santé
IPA	<i>Interpretative phenomenological analysis</i>
MG	Médecin généraliste
SCOFF	<i>Sick, control, one, fast, food</i>
TCA	Trouble des conduites alimentaires

Résumé

Introduction : Les troubles des conduites alimentaires représentent une cause de morbidité physique et psychique importante dont le dépistage précoce permettrait d'améliorer le pronostic. Leur prévalence en soins primaires est faible, notamment en raison d'un dépistage insuffisant. L'objectif de ce travail de recherche était de recueillir le vécu des patients dépistés suite à la passation du questionnaire SCOFF par le médecin généraliste afin de lever des freins au dépistage.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative dont les données ont été recueillies par des entretiens individuels ouverts auprès de patients dépistés en cabinet de médecine générale. L'échantillon raisonné homogène a été constitué entre mai et décembre 2023. L'analyse a été assistée par le logiciel NVivo 14[®] et une triangulation des données a été menée par deux chercheurs.

Résultats : Le dépistage des troubles des conduites alimentaires a été bien vécu grâce à des conditions réunies, indépendantes du test. Les patientes recrutées ont mis en avant l'écoute empathique du médecin, sa capacité à employer des mots adaptés et à prendre le temps. Elles étaient volontaires pour se confier car partiellement conscientes de leurs troubles psychiatriques et probablement déjà symptomatiques. Une modélisation du vécu des patients a été réalisée. Malgré ce ressenti positif, les patientes n'ont révélé qu'une faible motivation au changement.

Conclusion : Notre étude a permis d'identifier certains facteurs clés pour un dépistage bien vécu, de l'origine du trouble à la consultation de dépistage. Le rôle de prévention du médecin généraliste semble primordial, à condition qu'il y soit sensibilisé. Il serait intéressant de redonner au SCOFF sa place dans le dépistage systématique des troubles des conduites alimentaires et non en qualité de test diagnostique chez des patients déjà symptomatiques.

Mots-clés : Trouble de l'alimentation, trouble des conduites alimentaires, médecine générale, dépistage, soins primaires

Abstract

Background: Eating disorders represent a significant cause of physical and psychological morbidity, of which early detection can improve the prognosis. Their prevalence in primary care is low, notably due to insufficient screening. The objective of this research work was to collect the experiences of patients screened following the administration of the SCOFF questionnaire by the general practitioner in order to remove obstacles to screening.

Material and method: We carried out a qualitative study inspired by interpretive phenomenology whose data were collected through open-ended individual interviews with patients screened in general medicine practices. The homogeneous purposive sample was drawn between May and December 2023. The analysis was assisted by NVivo 14[®] software and a data triangulation was conducted by two researchers.

Results: Screening for eating disorders has been well experienced thanks to conditions that are met, regardless of the test. The patients recruited highlighted the doctor's empathetic listening, his ability to use appropriate words and to take his time. They were willing to confide because they were partially aware of their psychiatric disorders and probably already symptomatic. A modelling of the patients' experience was carried out. Despite this positive feeling, patients showed low motivation for change.

Conclusion: Our study identified some key factors for a well-experienced screening, from the origin of the disorder to the screening consultation. The preventive role of the general practitioner seems to be essential, provided that he is aware of it. It would be interesting to restore the SCOFF to its place in the systematic screening of eating disorders and not as a diagnostic test in already symptomatic patients.

Keywords: Eating disorders, Feeding disorders, general practice, early screening, primary care

Introduction

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont des pathologies multifactorielles complexes. Ils sont invalidants, mortels et coûteux, tant ils altèrent la santé physique et le fonctionnement psychosocial [1].

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) classe les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments en six catégories. Les trois les plus connues sont l'anorexie mentale (*Anorexia nervosa* ; AN), la boulimie (*Bulimia nervosa* ; BN) et les accès hyperphagiques (*Binge eating disorder* ; BED). Le DSM-5 répertorie également les critères diagnostiques pour le pica, le mérycisme et le trouble de l'alimentation avec restriction ou évitement. Le manuel décrit enfin les tableaux cliniques des troubles de l'alimentation spécifiques (p. ex. l'anorexie mentale atypique ou le trouble purgatif) et non spécifiques. Les troubles spécifiques sont les plus répandus, suivis par le BED, la BN et l'AN [2].

La majorité des études réduisent les TCA à l'AN, la BN et le BED. La prévalence de ces trois troubles dans la population générale est en constante augmentation depuis plusieurs années, passant de 3,5 % en 2000-2006 à 4,9 % en 2007-2012 et à 7,8 % en 2013-2018. Les TCA concernent majoritairement les femmes, avec une prévalence ponctuelle moyenne, entre 2000 et 2018, de 5,7 % pour les femmes et de 2,2 % pour les hommes. Plus largement, la prévalence des troubles alimentaires, qui comprend également les autres catégories moins répandues et les troubles spécifiques et non spécifiques, serait de 17 % [2].

Les TCA ont une morbidité somatique et psychiatrique importante [3] et une mortalité majorée par les complications médicales et le suicide [4] [5]. Une méta-analyse réalisée en 2011 a retrouvé un taux de mortalité annuel pondéré de 5,1 décès pour 1 000 années-personnes pour l'AN et de 1,74 décès pour 1 000 années-personnes pour la BN [6].

Des preuves récentes encouragent un dépistage et une prise en charge précoce des TCA afin d'éviter le développement de facteurs de maintien neurobiologiques secondaires qui pourraient rendre les troubles plus résistants aux traitements [7]. Dans de nombreux cas, les TCA seraient présents dès l'adolescence avec une prévalence

allant de 6 à 8 % [2]. Toutefois, une revue systématique de la littérature a retrouvé une durée moyenne de TCA non traités d'environ 2,5 ans pour l'AN, 4,5 ans pour la BN et 6 ans pour le BED [7]. Afin de diminuer les conséquences de la maladie, il apparaît important de développer une attention particulière aux jeunes populations, plus difficiles à dépister.

Le médecin généraliste (MG) est l'acteur central du dépistage précoce [8]. Son rôle est notamment de développer une bonne relation et une surveillance accrue des patients à risque de TCA en raison de manifestations peu bruyantes, d'un déni fréquent et d'une dissimulation des symptômes qui sont des conséquences de la maladie [9]. On retrouve une faible prévalence de TCA en soins primaires, notamment en raison d'un faible dépistage [10].

Les patients qui souffrent de TCA semblent consulter plus fréquemment leur MG, mais pour d'autres motifs [10] [11]. Par exemple, si les MG dépistaient tous les patients consultant pour des troubles fonctionnels digestifs, ils retrouveraient deux à trois fois plus de TCA que dans le reste de leur patientèle [12] mais ces troubles ne semblent pas faire systématiquement partie de leurs diagnostics différentiels [13]. Certains patients rapportent un manque d'implication de leur MG qui n'a pas reconnu leurs troubles et déplorent un retard de diagnostic important, qu'ils relient notamment au manque de connaissances et d'outils spécifiques des MG [9].

Il est à noter que la plupart des études décrivent les TCA en milieu hospitalier, en soins secondaires. Il semblerait pourtant que les patients soient différents en soins primaires. Ils seraient plus âgés et souffriraient de symptômes moins visibles [10] [13].

Concernant le dépistage des TCA en soins primaires, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande plusieurs outils, formels et informels, pouvant être utilisés par les MG et notamment le test SCOFF (*Sick, control, one, fat, food*) [14] [15].

Le test SCOFF est constitué de cinq questions permettant de mettre en évidence un risque plus élevé de trouble alimentaire, dont le diagnostic reste à faire. C'est l'un des principaux outils de dépistage des TCA chez les adultes [16]. Il est validé en population générale [17], en soins primaires [18] et applicable en langue française [19].

Pour les MG, aborder les TCA est un tabou encore trop important. Ils craignent d'être trop intrusifs et d'altérer la relation de confiance patient-médecin. Certains perçoivent le comportement alimentaire comme relevant de l'intimité du patient, au même titre

que la sexualité [20]. Et si les patients attendaient des médecins qu'ils fassent le premier pas sur ces sujets intimes dont ils n'osent pas parler [21] ? Pour aborder leur TCA, les patients semblent attendre de leur MG qu'il soit à l'écoute, soutenant et qu'il installe une relation de confiance [22].

Beaucoup d'études ont souligné l'importance du MG dans le pronostic des TCA grâce au dépistage précoce, mais peu se sont intéressées à leur défaut de repérage en soins primaires. Le point de vue des patients concernant l'abord et le dépistage des troubles alimentaires par leur MG reste mal connu.

Pour améliorer la prise en charge des patients atteints de TCA, il nous a semblé nécessaire de mieux comprendre leur vécu et les mécanismes psychiques mis en jeu lors du dépistage par le MG. Au regard de la prévalence, largement sous-estimée, l'objectif de notre étude était donc d'explorer le vécu des jeunes patients vis-à-vis du dépistage des TCA par le questionnaire SCOFF chez le médecin généraliste. L'objectif n'est pas la généralisation des résultats, mais l'ouverture sur la compréhension de ce phénomène complexe [23] pour améliorer le dépistage.

Matériel et méthode

1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative (IPA).

Notre sujet étant peu exploré dans la littérature, cette approche nous a permis d'approcher l'univers singulier des participants et d'élaborer des hypothèses grâce au raisonnement inductif.

Les critères de scientificité en recherche qualitative de la grille *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) [24] [25] ont été consultés durant toute la durée de l'étude et de la rédaction du document (*cf. annexe 9*).

2 Population

L'échantillon d'étude a été choisi de manière non probabiliste, afin qu'il soit ciblé et homogène vis-à-vis de l'expérience vécue. Cet échantillon raisonné homogène était de petite taille afin que la diversité de chaque expérience ne soit pas attribuée aux différentes caractéristiques des participants [26].

Il a été considéré, selon les recommandations en recherche qualitative, qu'une petite dizaine d'entretiens serait nécessaire [23] [27] afin d'atteindre la suffisance des données en évitant une saturation et un lissage des thématiques.

Des MG faisant partie du réseau de connaissances du chercheur ont été démarchés pour se constituer « centre investigateur ». Une lettre d'information leur a été délivrée, regroupant des explications concernant l'étude ainsi que la procédure à suivre. Un seul MG a réussi à recruter des patients. Le recrutement s'est fait de manière systématique d'avril à décembre 2023 lorsque les critères d'inclusion étaient réunis. Les coordonnées des patients ont ensuite été transmises à l'investigateur dans les plus brefs délais. Il est à noter que les participants n'ont pas fait l'objet d'une sur-sélection suite au remplissage des critères préliminaires et qu'ils ont tous été contactés par l'investigateur.

Les critères d'inclusion étaient un âge compris entre 15 et 25 ans, un questionnaire SCOFF ≥ 2 , l'absence de TCA diagnostiqués auparavant et le recueil de la non-opposition du patient. Le critère d'exclusion était le fait d'être un majeur protégé. Notre étude souhaitait ne pas se restreindre à la seule AN, mais élargir aux autres pathologies que peut révéler le SCOFF [9].

Les MG et les patients ont été sélectionnés géographiquement dans la région Hauts-de-France afin de réaliser tous les entretiens en face-à-face.

Nous nous attendions à ce que le recrutement soit long et difficile au regard de la faible prévalence des TCA dans la population générale [2] et du caractère intime de cette problématique.

3 Recueil des données

Des entretiens individuels ouverts ont été réalisés par l'investigateur afin de faciliter l'échange, l'expression des émotions et du vécu du patient. Ils se sont tenus dans des lieux calmes et propices aux échanges, choisis en concertation avec le patient. Le délai entre l'inclusion dans l'étude et l'entretien a été réduit au maximum. Chaque entretien a été considéré indépendamment des autres selon une démarche idiographique.

Le guide d'entretien utilisé était flexible, non directif, et ne comportait pas de phrases rédigées (*cf. annexe 3*). Une question ouverte était posée au début de la rencontre, puis la reformulation était utilisée pour relancer l'entretien basé sur le registre conversationnel. Les patients avaient donc un rôle central sur les thèmes abordés lors de l'entretien. Considérés comme experts de leur vécu, ils étaient encouragés à parler le plus possible [23].

Un rappel sur l'identité du chercheur, la confidentialité et les conditions de restitution de la recherche était réalisé en début d'entretien. Il était également rappelé la possibilité de mettre fin à la passation à tout moment. Les données socio-démographiques du patient ont été recueillies à la fin, lorsqu'elles n'avaient pas été abordées spontanément lors de l'entretien.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone et retranscrits intégralement « mot-à-mot » en verbatims, dans de brefs délais afin de conserver les aspects les

plus subjectifs (p.ex. intonation, ressenti). Il a été systématiquement proposé aux participants de relire les retranscriptions afin de les corriger si nécessaire.

Aucune rétribution n'a été accordée aux patients ni aux médecins.

4 Analyse des données

Une première analyse ouverte des verbatims a fait ressortir des codes descriptifs non interprétatifs servant à repérer des unités de sens dans le récit des participants. Par la suite, une mise en forme interprétative des unités de sens a été réalisée pour les condenser en unités thématiques. Les thèmes font appel à des concepts plus larges et permettent de conserver la chronologie du discours des participants. Enfin, il a été établi des connexions entre ces différents thèmes pour les regrouper en thèmes superordonnés et les agencer entre eux sous la forme d'une carte heuristique (*cf. annexe 8*). Cette analyse a été répétée pour chaque entretien, de la façon la plus neutre possible, sans faire de liens entre eux.

Cette méthode, inspirée de l'IPA, a permis d'aboutir à la réalisation d'une carte heuristique globale pour interpréter l'ensemble des résultats. Sa construction fait appel à la double herméneutique pour tenter de donner du sens au sens que les participants ont donné à leur expérience.

Notre étude tient compte de l'importance de la réflexivité du chercheur vis-à-vis de sa propre subjectivité sur le sujet. Certains *a priori* ont été analysés pour se préparer à la passation des entretiens (*cf. annexe 5*). Un journal de bord a été créé et alimenté fréquemment durant toute la durée de l'étude au gré des perceptions et des ressentis du chercheur au contact du terrain (*cf. annexe 4*).

Une triangulation des données a été réalisée par deux chercheurs.

Pour l'analyse de l'ensemble des entretiens, nous avons choisi d'utiliser le logiciel de codage NVivo 14[®].

5 Aspects éthiques et réglementaires

Un document d'information a été délivré en mains propres aux patients par leur MG le jour de la passation du test SCOFF, renseignant leurs droits (notamment de correction et de rétractation) et leur garantissant l'anonymat et la confidentialité (*cf. annexe 2*). Les MG ont recueilli leur non-opposition de participation et l'ont consignée dans leur dossier patient avant de les inclure dans l'étude. Pour les patients mineurs, ils devaient également exiger l'accord oral de la part de l'un des deux parents.

Afin de respecter les droits des participants, les passations ont été anonymisées à l'aide d'un code composé du sexe et d'un numéro (p. ex. H1). Aussitôt les patients rencontrés, leurs données d'identification (nom, prénom, mail et numéro de téléphone), ayant permis le contact, ont été détruites. Lors de la retranscription en verbatims, les éléments qui auraient pu permettre une identification ont été retirés (p. ex. personnes, lieux). Toutes les données relatives à l'étude ont été stockées sur un serveur sécurisé de la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM Psy). Cette sécurisation répond aux exigences de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978.

L'ensemble du protocole de l'étude a été soumis au Comité consultatif de protection des personnes (CPP) Est I qui a émis un avis favorable le 13 avril 2023.

Une veille bibliographique a été réalisée tout au long de l'étude.

La gestion des références bibliographiques a été réalisée à l'aide du logiciel Zotero®.

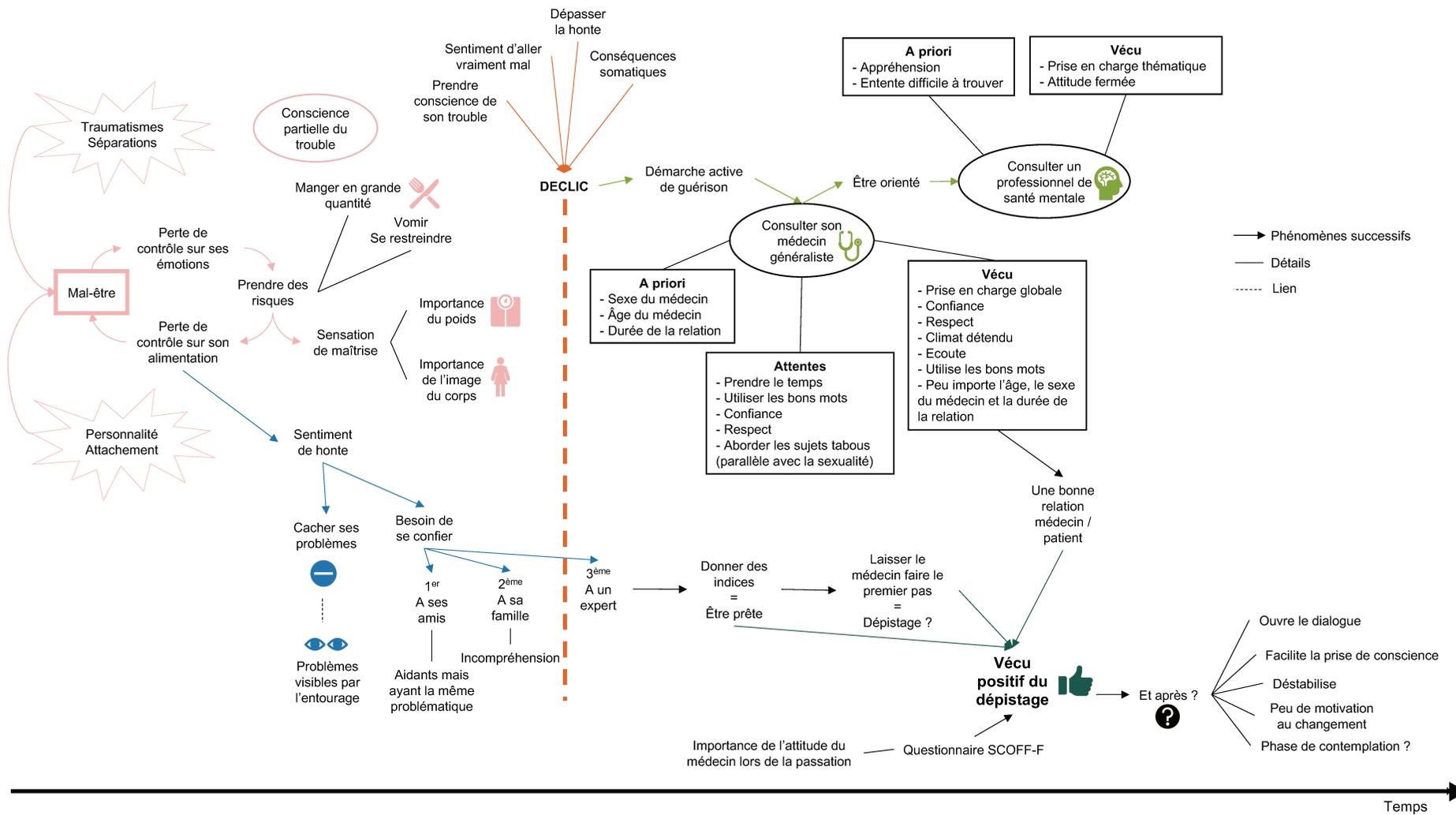
Résultats

Quatre entretiens ont été réalisés de mai à décembre 2023. Les participantes étaient toutes des femmes et leur âge moyen était de 22 ans. La durée moyenne des entretiens était de 49 minutes pour une durée totale de 3 heures et 14 minutes. Six thèmes ont été mis en évidence.

Code patient	Âge	Sexe	Durée totale relation médecin /patient avant le dépistage	Durée entretien	Lieu entretien	Délai recrutement - entretien
F1	22 ans	Femme	2 mois	72'	Chez la patiente, dans son jardin, autour d'une table	5 jours
F2	22 ans	Femme	22 ans	32'	Dans un jardin public, assises dans l'herbe	1 jour
F3	21 ans	Femme	1 an	64'	Dans une salle vitrée de la BU Médecine, autour d'une table	2 jours
F4	22 ans	Femme	22 ans	26'	Chez la patiente, dans son salon, autour d'une table	2 jours

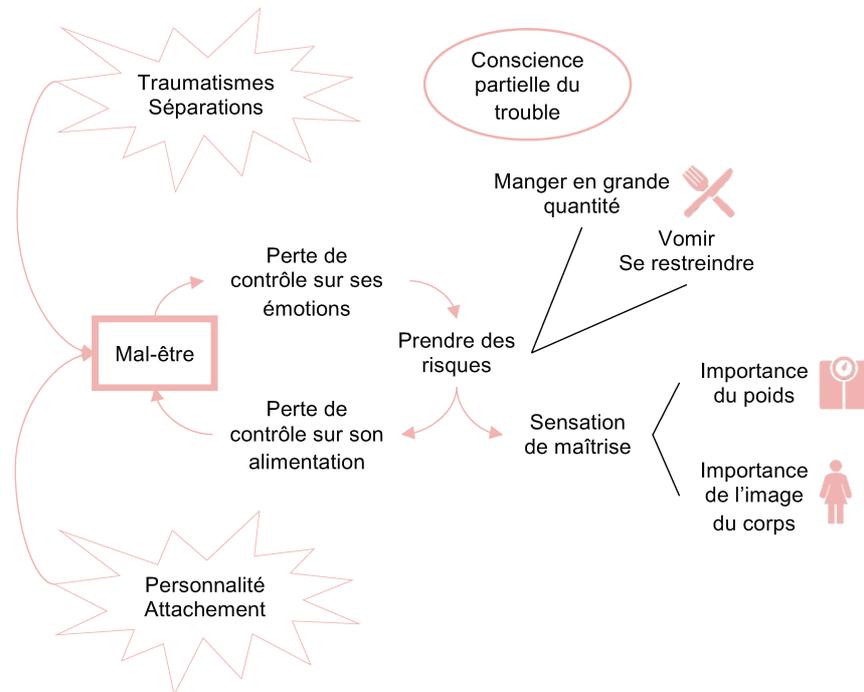
Tableau descriptif de la population et des entretiens

La modélisation des résultats de l'étude a abouti à la carte heuristique ci-dessous qui sera développée dans la suite des résultats.



Carte heuristique représentant le vécu des patients vis-à-vis du dépistage des TCA via le questionnaire SCOFF par leur médecin généraliste

1 Reconnaître, connaître et comprendre son trouble alimentaire



Extrait de la carte heuristique représentant leur connaissance du trouble

1.1 Du traumatisme infantile à l'état psychologique adulte : comment le rapport au corps témoigne des souffrances internes

1.1.1 Un trouble qui trouve son origine dans le vécu traumatique lié à la séparation

Certaines patientes estimaient que le début de leur trouble était lié à des événements de l'enfance, aux rapports avec les parents et à un potentiel vécu traumatique, qu'il soit identifié ou non.

F2 : « Je sais que mes troubles du comportement alimentaire, ils ont été engendrés par d'autres traumatismes et des trucs comme ça. »

1.1.2 L'autre comme contenance du trouble

Les patientes présentaient un besoin vital de s'appuyer sur les autres.

F3 : « Je dépends beaucoup de mes proches. »

En contexte de séparation ou d'isolement, le trouble était rapporté comme majoré.

F2 : « Quand je suis arrivée du coup en Belgique, quand j'ai pris mon indépendance [...] bah... les crises, elles arrivent beaucoup plus souvent parce que tu es toute seule. »

1.1.3 Les comportements externes : reflet de l'état psychologique interne

Les TCA semblaient s'intensifier lorsque l'état psychologique déclinait.

F4 : « Il y a des moments où je vais plus me nourrir parce que je vais ressentir un mal-être total. »

Elles rapportaient des comorbidités psychiatriques.

F3 : « J'ai été diagnostiquée avec une dépression et un trouble anxieux. »

1.1.4 Un rapport biaisé au corps : entre dysmorphophobie, comparaison et interprétation du regard des autres

Le rapport au corps est précisément ce qui est perçu négativement par les personnes souffrant d'un TCA. Plutôt que son propre regard, c'est celui des autres qui importe.

F4 : « J'ai faim, mais en fait comme je ne me supporte plus physiquement et bien, je ne mange plus du tout [...] même si les gens ne me regardent pas mal, je vais avoir l'impression que leur regard est malsain, qu'il est mauvais. »

Les tentatives de changement d'apparence sont souvent vaines, comme le précise une patiente. Le sentiment d'être aimé revient à poser la question de l'amour-propre.

F3 : « Sur le coup, je sais que ça me fait du bien. Parce que je me dis : ah, je me trouve mieux. Mais au fond, ça ne change rien, [...], je sais que les gens me voient toujours de la même manière. »

L'écueil est de se comparer aux autres et de se stigmatiser soi-même. Pour une patiente, ce sentiment de différence émanait d'une expérience négative de trahison.

F4 : « Bah en fait, c'est le fait que je sois avec un garçon qui m'a... en fait, qui m'a trompé plusieurs fois. Avec des... qui étaient des fois plus minces, mais après des fois plus costauds, mais le plus souvent plus minces. »

1.2 Perdre le contrôle pour tenter de le retrouver

1.2.1 Comblant un sentiment de tristesse et de vide

Il était rapporté que manger pourrait permettre également de reprendre le contrôle sur des émotions négatives.

F1 : « C'est à la fois bizarre, parce que à la fois je me sens vide et à la fois je me sens étouffée en même temps. »

1.2.2 Mettre en danger son corps, vital et invivable

Une mauvaise hygiène alimentaire était invoquée comme un facteur déclencheur et/ou facilitateur du TCA.

F3 : « J'ai des habitudes alimentaires horribles. »

Certaines patientes reconnaissaient recourir consciemment à des mises en danger, à des comportements extrêmes et à une recherche de sensations fortes.

F1 : « Pour justement essayer de ressentir des choses et que du coup ça va passer par... bah... aussi bien la nourriture que d'autres comportements, un peu, un peu extrêmes entre guillemets quoi. »

Elles décrivaient un cercle vicieux puisque, pour tenter de reprendre le contrôle, une souffrance est imposée au corps, pour lui faire payer. Une fois la douleur installée, l'état émotionnel et l'estime de soi s'en trouvaient inchangés.

F3 : « Et du coup, après, je ne me sentais pas bien puisque, du coup, je mangeais trop [...] quand ça ne va pas, soit je me venge en mangeant beaucoup, ou soit je ne mange pas. »

1.2.3 La sensation de maîtriser le vide, son corps et son combat

Le remplissage du vide était pointé comme un moyen d'aller mal pour aller mieux. Cette tentative de contrôle était décrite comme une lutte.

F1 : « Je pense que c'est une manière du coup de se remplir et de ressentir quelque chose [...] ce sont des comportements qui ne sont pas forcément raisonnés, ou je ne me sens pas en danger parce que j'ai toujours le contrôle sur mes comportements, entre guillemets. »

Maîtriser son alimentation était rapporté comme un moyen de réguler son bien-être. Comme toute addiction, un gain, ici associé à une perte de poids, peut donner l'illusion d'aller mieux.

F3 : « Je me vois, j'ai l'impression d'être énorme, je ne me sens pas bien en me voyant, en fait, du coup je ne mange pas pendant quelques jours et après, je me dis : oh bah c'est bon, ça va mieux. »

1.2.4 Et finalement tout maîtriser sauf son alimentation

Plusieurs patientes ont exprimé que leurs crises hyperphagiques étaient plus bruyantes que leur volonté. Le contrôle aurait donc des limites et des conséquences.

F1 : « Mais quand, quand je ne me sens pas bien, c'est vrai que ça va être amplifié. Fin, c'est-à-dire que, des fois, je peux plus m'arrêter de manger quoi [...] je grossis et que, du coup, bah, je ne me sens pas forcément bien dans mon corps. »

Une patiente estimait enfin qu'il était possible d'être dépassée par son propre trouble.

F4 : « Mais après je me dis que les personnes qui ont vécu ça parfois ne voulaient pas non plus aller jusque-là mais en tous cas c'est arrivé donc j'aimerais bien ne pas non plus en arriver là. »

1.3 Une conscience partielle et inégale marquée par le déni et des mécanismes de défense

1.3.1 Début des troubles et chronicité : une temporalité au cas par cas

La conscience du trouble est liée au dépassement du déni, mais aussi à la capacité d'identifier un problème, son étiologie, son apparition et un possible changement.

F1 : « Je pense que ça date d'il y a vraiment longtemps. Mais je ne sais pas, je ne sais pas si un jour, si c'est venu un jour comme ça [...] Je ne me suis jamais dit : oui, un jour je n'aurais plus mal au ventre quand je terminerai de manger. »

Certaines patientes présentaient une alternance entre des périodes de présence ou d'absence du trouble. Ce dernier se réactivait souvent de manière réactionnelle à des événements ou à des prises de conscience.

F4 : « Bah, moi, c'est par phase. »

1.3.2 Le déni au cœur de la maladie

Les patientes avaient conscience que le rapport à la nourriture n'était pas sain, mais elles ont eu besoin d'une intervention extérieure pour prendre conscience de la gravité. Pour autant, le problème étant la volonté de s'en sortir, l'évitement était une réponse.

F3 : « Mais du coup je pensais que ce n'était pas grave et... il m'a fait comprendre que c'était quand même un peu... il fallait aller un peu plus en profondeur [...] je suis très contradictoire, dans ma manière de penser. Parce que je le sais, mais [...] je ne veux pas qu'on mette de mots dessus. »

1.3.3 Minimiser pour se protéger

Les patientes manifestaient une banalisation de leurs troubles, identifiés comme étant moins intéressants que ceux des autres. Elles se plaçaient parfois même en posture de sauveurs.

F3 : « Parce que je suis habituée, c'est comme ça. Je ne sais pas, pour moi, c'est devenu normal [...] En gros, j'étais avec quelqu'un, qui n'allait pas bien [...] je trouvais que mes problèmes étaient moins importants, moins graves. »

1.3.4 Une incapacité à s'en sortir marquée par de la passivité et de la méconnaissance

Malgré une conscience partielle du trouble, nous avons retrouvé une passivité à la prise en charge et un manque de connaissances sur les moyens pour s'en sortir.

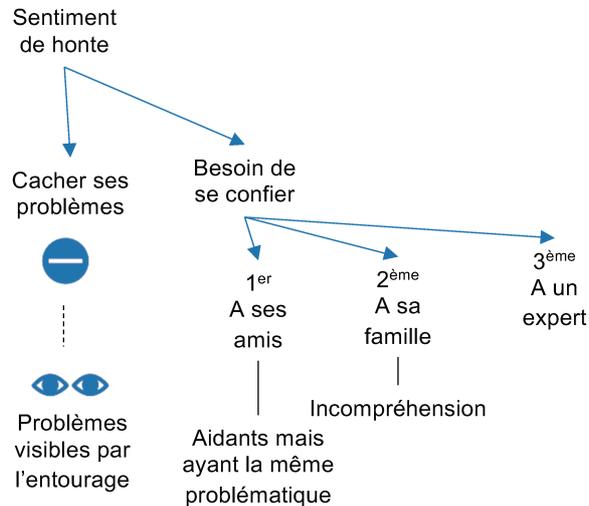
F3 : « Je ne sais pas comment l'expliquer, c'est hyper compliqué, mais je sais, je sais, je sais. Je n'ai juste pas envie, je pense, d'appliquer ce que je sais... »

1.3.5 Un trouble moins grave que les autres : l'impact des croyances en santé

Les quatre patientes souffraient d'hyperphagie. Elles rapportaient que leur trouble était moins saillant et moins grave que la boulimie et que l'anorexie, pathologies pour lesquelles elles entretenaient d'autres croyances.

F4 : « Les TCA c'est pour les personnes, entre guillemets minces ou maigres. »

2 La place des autres dans le trouble : des premiers signes aux révélations



Extrait de la carte heuristique représentant leur rapport aux autres

2.1 Cacher son trouble : à qui et pourquoi ?

2.1.1 L'hyperphagie, un trouble plus facile à masquer

Les patientes rapportaient qu'il était plus évident de cacher son hyperphagie que d'autres formes de TCA.

F2 : « Et les trucs ils sont plus liés on va dire à l'anorexie ou à des trucs comme ça, on va dire, qui peuvent plus se voir, entre guillemets, sur le corps. Là, c'était plus hyperphagie, boulimie, tu avales, tu recraches. Bah, ça se voit moins [...] »

2.1.2 La honte à l'origine du besoin de cacher le trouble

Les patientes ont invoqué un sentiment de honte conduisant à ne pas se confier.

F2 : « J'avais tellement honte de faire ça, que j'avais peur de le dire. »

2.1.3 Tout maîtriser jusqu'au regard des autres

Une patiente rapportait qu'elle contrôlait aussi bien son trouble interne que la vision externe. Elle annonçait avoir développé des techniques pour que personne ne se rende compte de son TCA.

F2 : « Je pouvais vomir avec quinze personnes dans la pièce d'à côté, si je n'avais pas envie qu'ils m'entendent, ils ne m'entendaient pas. »

2.1.4 Un entourage alerte mais impuissant

Des répondantes nous ont confié que leur entourage n'était pas dupe. Malgré les mises en garde et les répétitions, le trouble était plus fort.

F1 : « Mes parents, ils me disaient tout le temps : « Arrête de manger comme ça » [...] « mange plus doucement », [...] je me disais : ils ont raison. »

2.2 Poids de l'entourage ou poids pour l'entourage ?

2.2.1 Un rapport à la mère ambivalent et source de pression

Toutes les patientes ont abordé les rapports qu'elles entretenaient avec leurs mères. L'une d'entre elles avait une mère en proie à des problèmes psychologiques.

F1 : « Elle est, on va dire qu'elle est un peu hypersensible. C'est-à-dire que... Tout peut générer une vague intense d'émotion chez elle. »

Une patiente a expliqué vouloir faire plaisir à sa mère inquiète pour son trouble. Les attentes maternelles semblaient avoir mis chez elle une pression ni aidante ni délétère.

F3 : « Parce que je sais que, bah, ma mère elle va me faire des réflexions. Elle va me dire : Oui tu as mangé quoi aujourd'hui ? [...] Du coup, je lui envoie une photo en disant : regarde j'ai mangé. Mais en fait je n'ai pas mangé. [...] je n'ai pas envie de la décevoir donc... »

La mère de cette patiente estimait être à l'origine des troubles. Ce sentiment de culpabilité maternelle semblait être un frein aux confidences et était interprété comme un signe d'incompréhension ou de déni.

F3 : « Et en fait ça m'a fait culpabiliser de fou, de la faire culpabiliser [...] et en fait, je ne sais pas comment dire, mais elle ne voulait pas... elle ne voulait pas que j'aie quelque chose en fait. »

2.2.2 Le poids des remarques de l'entourage : pire que mieux ?

Même si l'intention de départ était saine, une patiente décrivait le poids que représentent les mots et les remarques de son entourage sur son physique.

F3 : « A chaque fois que j'y vais c'est : ah bah tu as pris un peu de poids [...] ou alors ma grand-mère qui me dit des trucs en mode : ah bah sur Lille, je connais une super boutique, c'est à partir du 46. Alors que je mets du 38-40. »

2.2.3 Être un poids pour son entourage : le médecin généraliste comme substitut parental

Les patientes exprimaient qu'elles craignaient de se confier à leur entourage par peur de déranger ou pour éviter qu'il ne s'inquiète.

F3 : « Je n'ai pas envie de les embêter. »

Une des patientes, qui a perdu sa maman, témoignait que la douceur perçue de son MG reproduisait une forme d'attachement et de protection pour elle.

F2 : « Moi en l'occurrence, j'avais perdu ma maman, et je pense que [...] ce regard un peu féminin, un peu doux, ça m'avait fait du bien. »

2.3 Confier ses souffrances pour trouver une aide adaptée

2.3.1 Une difficile compréhension par la famille

Une fois la prise de conscience opérée et le déni en partie dépassé, vient le temps des confidences, notamment à la famille. Néanmoins, ce sujet restait un tabou que l'entourage préférait taire ou minimiser.

F3 : « Et... Ma mère, c'est quelqu'un d'incroyable hein, mais de ce côté-là, elle n'est pas très... Enfin je sais qu'elle est très ouverte d'esprit, etc. [...] elle est... pas timide mais très pudique sur ce genre de sujet. »

2.3.2 Une temporalité liée au sentiment de honte

C'est parfois le sentiment de honte pendant les crises qui empêchait de verbaliser.

F2 : « Ce qui m'empêchait en fait de lui en parler c'est... c'est un peu la honte, c'est un peu une gêne quoi c'est... [...] alors qu'une fois que c'est fini tu as un peu moins la gêne ou la honte d'en parler donc... voilà. »

2.3.3 Se confier à des amis qui ont des troubles similaires

Les patientes en avaient déjà parlé à leurs amis, souvent aussi en proie à des TCA. Elles évoquaient un effet d'assemblage par ressemblance.

F2 : « Après en soit j'en avais déjà parlé mais par exemple avec des copines, des proches, mes copains [...] des gens avec qui je me sentais en confiance parce que je savais qu'elles avaient la même chose. »

Pour autant, et malgré la libération de la parole, une patiente assurait que les effets positifs de la confiance étaient passagers et que la culpabilité reprenait le dessus car les amis seraient aidants mais non experts.

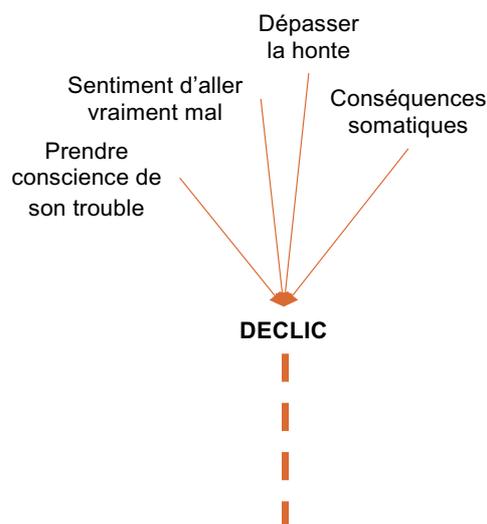
F3 : « Enfin, ça va juste me soulager sur le moment, mais après je vais juste me sentir coupable d'en avoir parlé [...] je n'ai pas envie qu'on dise des trucs qui ne sont pas vrais parce que ce ne sont pas des gens qui s'y connaissent. »

2.3.4 Rechercher un avis d'expert en se confiant à son médecin généraliste

Après l'insuffisance ou l'incapacité de l'entourage à recueillir la parole et accompagner, les patientes sont allées se confier à un MG, parfois en étant accompagnées par un proche.

F3 : « Si je ne peux pas en parler à mes proches, autant en parler à quelqu'un qui s'y connaît [...] je n'arrivais pas à parler de ce que je pensais. Et c'est elle qui m'a aidé à mettre des mots devant Monsieur A. »

3 Vouloir aller mieux pour soi, avec les autres



Extrait de la carte heuristique représentant leur déclic au changement

3.1 Le nécessaire déclic interne ou externe

3.1.1 Une motivation au changement liée à des déclics psychologiques et physiques

La prise de conscience et les confidences semblaient nécessaires mais pas suffisantes. Le processus de motivation au changement nécessitait souvent des éléments déclencheurs ou des déclics, notamment somatiques.

F2 : « Que je ne me dis pas : ok non mais là ce n'est vraiment pas bien faut que ça s'arrête [...] j'ai commencé à vraiment m'inquiéter pour ma santé que j'ai arrêté de... de vomir ou de faire des trucs comme ça. »

3.1.2 L'aide des autres : oui mais pas en première intention

Le recours à une aide extérieure est souvent secondaire à des tentatives échouées de trouver des solutions par soi-même.

F1 : « Déjà, j'avais besoin d'aide parce que j'avais beaucoup réfléchi et que je n'arrivais pas à trouver des solutions toute seule. »

3.1.3 Le besoin d'être poussé et porté

Le déclic pouvait aussi venir des autres.

F1 : « Ma responsable de master m'avait dit : tu devrais aller voir un médecin parce que, en fait, à chaque fois qu'on avait rendez-vous ensemble, je pleurais. »

3.2 Prendre la main sur sa santé en étant déterminé

3.2.1 Changer pour les autres

Une patiente décrivait être initialement allée voir son MG pour faire plaisir à sa mère.

F3 : « Du coup ma mère elle m'a dit : oui, prends rendez-vous chez le médecin. Du coup c'est pour ça que j'y suis allée surtout, parce que sinon, j'aurais juste attendu que ça passe. »

3.2.2 Changer pour soi : avancer dans les stades de motivation au changement

Pour autant, les patientes détaillaient que la motivation devait être autodéterminée. Elles expliquaient que la possibilité de changer ne pouvait venir que d'elles.

F4 : « Je me dis si je me bouge toute seule ça va encore plus me motiver à régler tous mes petits soucis quoi. »

3.2.3 Choisir l'honnêteté et la transparence pour se livrer

Après avoir voulu se cacher, parfois en arrangeant la vérité, les patientes parlaient d'un nécessaire recours à l'honnêteté.

F2 : « Quand tu veux être, quand tu veux savoir ce que t'as, bah tu es obligée d'être honnête avec ton médecin. »

3.3 Premiers leviers du début de la prise en charge

3.3.1 Une recherche de conseils

Les patientes reconnaissaient avoir besoin de conseils et d'encadrement.

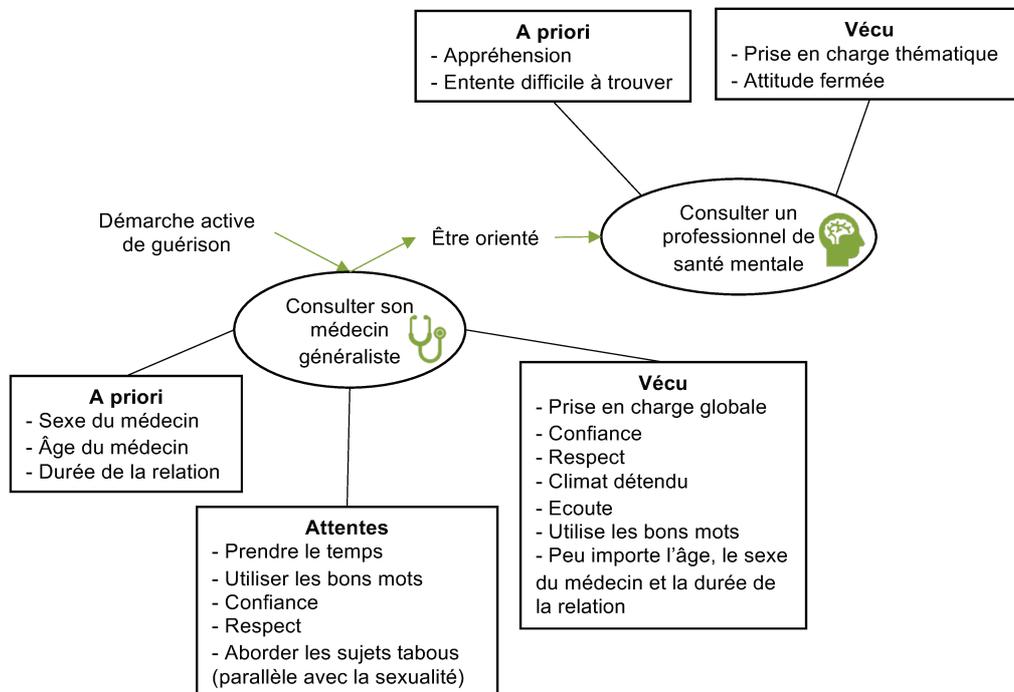
F1 : « Enfin, j'ai besoin d'être encadrée, en tout cas pour gérer ça. Et pas faire n'importe quoi. »

3.3.2 Un accord pour les traitements

Elles reconnaissaient aussi faire confiance à leur MG en acceptant les médicaments malgré l'avis de l'entourage.

F3 : « Si on me l'a prescrit, c'est qu'il y en a bien... au fond j'en ai besoin. »

4 Relation au médecin généraliste : quand le vécu renforce ou dépasse les attentes et les *a priori*



Extrait de la carte heuristique représentant leur rapport au médecin généraliste

4.1 De nombreux *a priori* à dépasser

4.1.1 Manque de temps

Certains *a priori* étaient des freins à surmonter dans le contact avec le MG. Une des croyances principales relevées par une patiente était que les médecins manquent de temps en raison d'une surcharge de travail.

F1 : « Je pense que, sincèrement, les médecins, en règle générale, manquent de temps et que c'est la réalité parce qu'il y a beaucoup de patients et pas énormément de médecins. »

4.1.2 Un suivi qui dure, et la confiance aussi

Pour les patientes, l'ancienneté du suivi est primordiale. Elles avaient toutes déjà vu le Docteur A et pour plusieurs d'entre elles, le suivi durait depuis l'enfance.

F4 : « Alors que moi j'ai mon médecin, il me suit depuis toute petite. Donc voilà il sait les soucis de santé que j'ai depuis le début, il sait ce que je vis etc., et du coup il a une bonne écoute. »

4.1.3 Ni un remplaçant, ni un interne : mon médecin et personne d'autre

Il était plus difficile pour les patientes de se confier à des internes en médecine qu'à leur MG. Elles se sentaient moins à l'aise, parfois suite à une mauvaise expérience.

F3 : « Oui parce qu'en fait, à chaque fois, je tombais sur ses internes. Et c'est toujours plus compliqué de parler à quelqu'un qu'on connaît pas. »

4.1.4 Un somaticien pour un problème mental ?

Un des mythes répandus était que les MG ne se soucient que des problèmes somatiques.

F1 : « Et sur le coup je me disais : mais pourquoi elle me parle d'aller voir un médecin ? Je me disais : mais si, enfin, si je vais voir quelqu'un, c'est un psy, ce n'est pas un médecin. Je ne comprenais pas trop le rapport. »

4.1.5 Une préférence initiale pour les médecins femmes

Le sexe du médecin avait toute son importance. Les patientes se sentaient initialement plus à l'aise pour parler, et notamment de sujets intimes, avec une femme.

F3 : « De base je n'allais pas du tout voir ce médecin-là, j'allais voir, la femme qu'il y a dans le cabinet. Et euh... Parce que je ne sais pas, j'ai toujours été plus à l'aise à parler avec des femmes, de base. »

4.1.6 Croyances autour de l'âge du médecin : la sensibilité, une qualité des jeunes médecins ?

De même, une patiente craignait qu'un médecin plus âgé soit moins sensible aux TCA.

F3 : « Je me suis dit, vu qu'il est plus ou moins vieux par rapport à moi, peut-être qu'il ne prendrait pas ça au sérieux. »

4.2 Des attentes à prendre en compte

4.2.1 Prendre le temps pour parler de tout

Parallèlement aux *a priori*, les patientes nourrissaient des attentes quant à la relation avec le MG, notamment un médecin empathique et qui prend le temps.

F1 : « Parce que si le médecin, il est tout le temps pressé aussi ben... en fait, il n'y a pas de... d'humanité qui se crée entre les deux personnes, entre guillemets, et donc, du coup, il n'a pas d'empathie. »

4.2.2 Une écoute de qualité

Des autres patientes recherchaient chez un MG qu'il puisse être à l'écoute, même de manière superficielle.

F3 : « Que la personne soit écoutée, même si au fond, par exemple, il ne pensait pas, il ne prenait pas ça sérieusement, le fait qu'il fasse son travail bah... C'est ce qu'un patient attend. »

4.2.3 Se mettre au même niveau et utiliser les bons mots

Enfin, les patientes assuraient que demander le consentement du patient et faire attention à l'emploi de certains mots étaient des attentes primordiales.

F2 : « Et je suis particulièrement sensible au poids des mots. »

4.3 Confrontation aux expériences passées et présentes

4.3.1 Avec d'autres médecins

Les *a priori* et les attentes étaient nourris par les expériences passées avec d'autres MG. Le fait d'avoir déjà eu un MG qui prend le temps de poser des questions forge des attentes pour d'autres MG.

F1 : « Il n'est pas toutes les cinq minutes à regarder sa montre et tu ne sens pas que c'est... ok, faut que je sois le plus rapide pour être efficace et après partir. Ce que, pour le coup, j'ai déjà ressenti avec d'autres médecins. »

Une patiente a révélé avoir déjà été confrontée à un MG qui aurait employé des mots blessants et qui aurait tenté de confirmer ses hypothèses sans investiguer.

F2 : « J'ai d'autres médecins qui m'ont déjà... que j'avais vu occasionnellement parce que voilà, et qui m'avaient fait sentir beaucoup plus coupable, par rapport à des mots qu'ils employaient ou des trucs comme ça. »

Au-delà du non-jugement, c'est le sentiment d'être prise au sérieux qui primait.

F3 : « Enfin, c'est normal en soi, mais je sais que, par exemple, si j'en avais parlé à mon médecin d'avant, il aurait dit : ouais bah... un peu de repos ça ira, prends un sucre. »

Enfin, cette patiente annonçait ne pas être à l'aise avec son médecin de famille, susceptible de prendre en charge d'autres membres du foyer.

F3 : « Et que bah... en plus c'est le médecin traitant de ma famille du coup bah le fait qu'il puisse, je sais que normalement il n'est pas censé en parler, mais qu'il puisse potentiellement en parler soit à mon père soit à ma mère soit... »

4.3.2 Avec ce médecin

Toutes les patientes ont eu le même médecin lors de la consultation de référence. Elles ont signifié sa capacité à prendre le temps, à prendre en compte la santé mentale ainsi que sa sensibilité, son écoute et ses compétences.

F1 : « Mais en fait, dès qu'on est avec le docteur, on se rend compte qu'enfin, on a l'espace pour, dans tous les cas, s'exprimer [...] le docteur A en réalité il fait aussi un peu de psychothérapie [...] maintenant que j'ai un docteur comme ça, je me dis : c'est quand même incroyable. »

Contrairement à certaines expériences passées, elles affirmaient que ce MG recourait au non-jugement et à l'emploi de mots non culpabilisants.

F2 : « C'est un médecin qui particulièrement te blâme pas, ne te fait pas sentir coupable, par rapport à quoi que ce soit. »

Docteur A, qui est un homme, aurait permis de déconstruire certains *a priori* liés au sexe du praticien. Elles justifiaient cela par sa faculté à mettre à l'aise.

F3 : « Et bah directement, je me suis sentie à l'aise, d'aller plus loin, de parler plus en profondeur de ce que je pensais ou ce que je ressentais sur le coup. »

Une patiente estimait avoir confiance en son MG car celui-ci connaissait sa famille et son histoire.

F2 : « C'était, aussi, du coup, le médecin traitant de ma maman. Du coup, toute ma famille est passée par là. Du coup, je pense que Dr A, il m'a mise en... enfin je suis en confiance avec lui. »

In fine, le vécu de la relation thérapeutique, et par conséquent du dépistage, résultait de l'implication perçue du MG dans ses suivis.

F4 : « Oui, et puis le fait que ce soit aussi un bon médecin, et que bah il m'a toujours poussé dans des moments où j'avais bien... Bah s'il me pousse, c'est que j'en ai vraiment besoin. »

4.4 Un parallèle asymétrique avec le professionnel de santé mentale

4.4.1 Une orientation en confiance

Les patientes ont évoqué la relation aux psychiatres et aux psychologues. Elles ont été orientées par le MG. Son cadre soignant-soigné étant bienveillant et sécurisant, la recommandation de professionnels a été recherchée et bien vécue.

F1 : « C'est aussi rassurant d'être orienté par le médecin »

4.4.2 Des a priori ancrés dans l'inconscient collectif

Les patientes nourrissaient des *a priori* envers les professionnels de santé mentale. Elles étaient aussi freinées par le prix des consultations.

F3 : « J'ai peur, je ne sais pas si ça vaut le coup. J'étais très sceptique [...] en fait moi je n'ai pas les moyens d'aller voir un psychologue. »

Les expériences sont marquées négativement par la confirmation de certaines croyances comme la menace d'hospitalisation.

F3 : « J'ai dit : Je n'ai pas mangé depuis deux, trois, jours. Elle m'a dit : ouais, bah, si d'ici la prochaine fois que vous revenez c'est toujours comme ça, on entamera un processus pour la clinique. »

4.4.3 Une alliance thérapeutique marquée négativement

Une des patientes a révélé avoir été déstabilisée par certaines paroles délétères de sa psychiatre. Blessée, elle préférait donc travestir la réalité pour abonder en son sens.

F3 : « Elle pourrait être... je ne sais pas, penser un peu à ce qu'elle dit. Parce que bah... elle est très crue dans sa façon de parler. »

Elles estimaient avoir moins confiance en leur professionnel de santé mentale qu'en leur MG car ce dernier peut intervenir dans la globalité.

F1 : « Ce n'est pas la même approche, c'est, j'allais dire plus... J'ai moins de confiance en elle en tout cas, je me sens moins à l'aise pour discuter de tout [...] Et la psy, c'est plus elle. Elle a prévu son, sa séance et, en fait, on travaille sur des choses qui posent problème en termes de symptômes. »

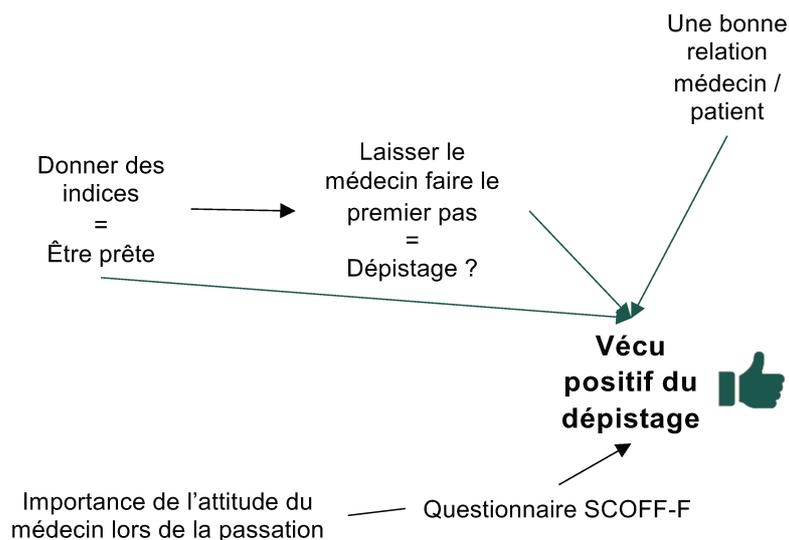
L'une d'elles avait le sentiment que la psychologue ne pouvait rien faire pour ses TCA puisqu'elle n'avait pas résolu d'autres problématiques.

F2 : « Il y a eu le rendez-vous chez la psy et elle, sur le plan personnel autre que les troubles du comportement alimentaire, ne m'avait pas aidé du tout donc je lui avais pas du tout parlé de ça. »

Une patiente pointait aussi le manque de résultats visibles de sa thérapie.

F3 : « Au fond, je n'y crois pas [...] depuis février ça n'a rien changé. »

5 Un dépistage majoritairement bien vécu



Extrait de la carte heuristique représentant le dépistage

5.1 Des conditions indispensables réunies

5.1.1 Des rendez-vous directement ou indirectement liés à la santé mentale

Les patientes consultaient pour des problèmes psychologiques. Le dépistage des TCA a notamment été bien vécu car la santé mentale était déjà un motif de consultation.

F3 : « Je sais que (rires), la première fois que j'y suis allée, c'est parce que, justement, j'avais fait une crise d'angoisse au travail que j'avais l'été dernier. »

Certaines consultaient même de manière proactive pour avoir un adressage vers un psychologue. En tant que sujet perçu comme difficile à livrer ou tabou, elles auraient semé quelques indices pour que le MG en parle de lui-même.

F4 : « Bah en fait, à la base je venais le voir justement pour avoir une ordonnance pour un psy [...] et du coup bah on en a parlé et du coup il est venu à en déduire. »

5.1.2 La bonne temporalité

Certaines patientes estimaient qu'il s'agissait du bon moment pour le dépistage.

F1 : « J'avais à ce moment-là un peu plus de ressources que quelques mois auparavant et quelques semaines. Et du coup, je m'étais dit : c'est le moment peut-être d'aller voir un médecin pour en discuter avec lui. »

Pour d'autres, la bonne temporalité était d'être arrivée à un point de non-retour.

F4 : « Là c'est le fait de vraiment, d'être arrivée au stade maximum où vraiment je me fasse vomir, que la nourriture me dégoute [...] je pense que plus tard j'aurais pu faire une dépression sévère. »

5.1.3 Parce que c'était lui : conséquence du couple médecin-patient

Les patientes reliaient le bon vécu du dépistage à la sensibilité du médecin et sa capacité à mettre à l'aise et en confiance.

F1 : « Enfin, je pense ça n'a pas eu trop d'impact, mais parce que, comme on l'a dit, c'est quelqu'un de particulier enfin... De particulier de par sa sensibilité. »

5.2 Un sujet intime, difficile mais nécessaire à aborder

5.2.1 Le rôle de dépistage et de repérage du médecin

Une patiente assurait que le repérage de ces sujets intimes pouvait être salvateur.

F1 : « Parce que moi je ne me sens pas bien, mais je ne suis pas un point non plus où je vais me jeter par la fenêtre. Mais je me dis en fait : Il peut carrément... sauver des vies... »

Un parallèle avec la sexualité a été réalisé par les patientes. Elles ne parleraient pas spontanément de cette sphère, mais seraient très réceptives, et sensibles, à l'évocation par le MG.

F1 : « Enfin là, par exemple, le dernier rendez-vous... Il m'a posé une question vis-à-vis de la sexualité en ce moment, et c'est vrai que c'était pile, je traversais à un moment [...]. Et que ce n'est pas quelque chose dont je lui aurais forcément parlé... »

5.2.2 Laisser le médecin faire le premier pas

Les patientes ont laissé le médecin aborder ce sujet. Une d'elles reconnaissait d'ailleurs qu'elle pensait que les TCA n'étaient pas dans ses attributions.

F4 : « Je pense qu'en fait, inconsciemment, je voulais entamer ce sujet-là, et je pense que c'était mieux et que j'étais plus à l'aise que ce soit lui qui l'entame. »

5.2.3 Des réactions liées aux capacités de parler de soi

Les réactions à l'abord d'un sujet intime comme les TCA étaient mitigées.

F4 : « En fait pour moi qui garde mes problèmes c'était gênant, entre guillemets, de lui dire. »

5.2.4 Un consensus autour du dépistage et du dévoilement des troubles

Les patientes ont noté une satisfaction après la consultation de dépistage, parfois même un soulagement.

F2 : « Ça me fait du bien en fait d'en parler avec lui. »

5.3 Un questionnaire critiqué mais bien administré

5.3.1 Un résultat peu surprenant

Le questionnaire SCOFF semblait majoritairement bien vécu, notamment grâce à la prise de conscience déjà établie. Les patientes s'attendaient au résultat.

F3 : « Le fait, qu'il me dise : ouais, il y a quand même peut-être un trouble du comportement alimentaire... Bah, déjà je lui ai dit « TCA ? », il m'a dit « bah du coup, tu connais le terme », j'ai dit « oui, j'ai regardé sur internet », il m'a dit « ah, bah, c'est que tu sais qu'il y a quelque chose ? », j'ai dit bah... oui... »

5.3.2 Un outil trop générique et réducteur

Une critique a émané estimant que le questionnaire n'était pas ajusté à toutes les problématiques et que les questions relatives à l'anorexie ont été perturbantes. La patiente aurait préféré une conversation informelle que des questions standardisées.

F1 : « Moi c'est cette question-là qui m'a un peu perturbée, dans le sens ou... Enfin... Il n'y a pas de souci, j'y réponds, etc. mais bon, je ne suis pas anorexique quoi [...] ce serait plus naturel, entre guillemets, dans le cadre d'une conversation. »

Une autre patiente relatait l'utilité du questionnaire.

F3 : « C'est nécessaire pour que les gens décident de travailler dessus. Qu'ils soient prêts ou pas en fait d'ailleurs. »

Une autre encore le trouvait un peu court.

F2 : « Après, c'était..., je m'attendais à plus de questions. »

5.3.3 L'attitude du médecin comme prédicteur du succès

L'attitude du MG a été rapportée comme étant primordiale. Le Docteur A semblait avoir bien préparé les patientes avant la passation.

F1 : « Et en plus de ça, ça dépend aussi la manière d'amener la question, c'est-à-dire que... par exemple le docteur A, avant de me poser les questions, il m'a dit : ah ça m'intéresse, j'aurais quelques questions à vous poser, est-ce que ça vous dit de répondre à mes questions ? »

Elles ont précisé qu'elles se sentaient libres de répondre grâce au non-jugement et à la bienveillance perçus.

F2 : « Tant que la personne en face de toi elle te fait sentir que tu ne vas pas être jugée ou des trucs comme ça, ça c'est primordial je pense, dès le début, avant de poser des questions. »

6 Et après ? Bilan ambivalent d'un dépistage aux multiples facteurs



Extrait de la carte heuristique représentant les conséquences du dépistage

6.1 Une révélation assumée et tournée vers l'avenir

6.1.1 Un trouble qui porte un nom et une réalité

Le dépistage était perçu par les patientes comme un accélérateur de prise de conscience. Les doutes étaient devenus réalité.

F4 : « Et, justement, le fait qu'il mette un mot dessus, et qu'il ne soit pas le seul à me faire comprendre que je puisse avoir ça, bah ça m'a fait réaliser quoi. »

Il s'agirait d'un premier pas vers un mieux-être et une confirmation de certaines interrogations.

F1 : « Ça n'a pas changé grand-chose, à part quand même me reconforter dans l'idée que, en fait, c'est trop bien ce que je suis en train de faire. »

6.1.2 Une ouverture pour la suite

Malgré les émotions générées, l'outil et le dépistage auraient ouvert une porte. En outre, ils ont permis d'avoir un interlocuteur dédié, informé et disponible.

F1 : « Je sais que ça ne prend pas énormément de place dans ma vie, mais que, en fait, si, à un moment, j'y pense ou si à un moment j'ai envie de travailler là-dessus, bah, ouais, en fait je peux lui en parler et qu'il peut m'aider. »

6.1.3 Un mélange de peur et de curiosité

Le dépistage a conduit une patiente à faire des recherches sur les réseaux sociaux pour connaître son trouble et se sentir moins seule. Elle a néanmoins été confrontée à une vision dramatique de son trouble, vécue comme une prise de conscience.

F4 : « Après que j'ai vu le Docteur A, j'ai regardé un peu ce que c'était etc, et ça m'a aidé à me retrouver [...] ça m'a fait de la peine aussi de voir des cas où c'est vraiment très très hard, et je me dis que je ne veux pas arriver là. »

6.2 Une (non-)révélation refoulée et sans espoir

6.2.1 Un dépistage déstabilisant et inconfortable

Comme certaines séances décrites chez le psychologue, cette consultation de dépistage a déstabilisé certaines patientes. Pour autant, elle aura permis de se confronter à certaines idées reçues.

F4 : « Bah, j'étais gênée, qu'il mette des mots sur ce que j'avais réellement [...] il m'a dit non ça peut arriver aussi chez les personnes comme toi, plus costauds, même obèses, il n'y a pas de poids idéal pour des TCA. »

Une d'elle avouait qu'elle aurait préféré que le questionnaire sorte négatif.

F3 : « Enfin, je ne sais pas, je pense j'ai... stressé sur le coup. Ouais, je ne voulais pas qu'on trouve quelque chose, je ne voulais pas qu'on mette un mot sur ce que je ressentais. Un ou plusieurs d'ailleurs. »

L'outil a occasionné d'autres questions, elles-mêmes génératrices d'émotions.

F1 : « Et puis après bon, il m'a posé plein de questions sur ma vie. Du coup, on a un peu tout... Tout retracé. Donc, du coup, j'ai beaucoup pleuré, etc. »

6.2.2 Un diagnostic insupportable : le choix de l'évitement

Une des patientes dépistées aurait préféré ne pas y croire et rester dans l'évitement pour ne pas se servir du diagnostic comme une excuse.

F3 : « Et là le fait qu'on me dise, ouais bah, qu'il y ait potentiellement quelque chose, bah ça me.... Je n'ai pas envie. Parce que je n'ai pas envie qu'on me donne une raison. »

6.2.3 Une précaire motivation au changement

Les patientes reconnaissaient qu'elles aimeraient changer mais qu'elles fondaient peu d'espoirs en cet objectif. Le dépistage n'était globalement pas vécu comme un électrochoc.

F3 : « Mais, ça ne m'a pas... ça m'a fait un truc, ça m'a tilté un peu, mais... vu que je m'y attendais un peu, et qu'en même temps... Bah ouais, vu que j'étais déjà renseignée sur le sujet, ça ne m'a pas alarmé tant que ça. »

Même si un mot a été posé sur le trouble, une des patientes a assuré que cela ne remettrait pas en cause son objectif de poids cible, ce qui atteste de la ténacité du TCA.

F4 : « J'ai... ouais en fait il a mis des mots dessus mais tant que je n'aurais pas atteint le poids que je veux bah ça va encore continuer. »

Discussion

1 Résultats principaux

Notre étude suggère que le dépistage des TCA, via le questionnaire SCOFF, est vécu positivement grâce aux compétences humaines du MG et grâce à une temporalité ajustée aux patientes. Les patientes faisaient état d'un cheminement de vie qui les a amenées au jour de la consultation de dépistage. Les notions de traumatismes, de séparations pendant l'enfance ou à l'âge adulte, et de comorbidités psychiatriques, telles que l'anxiété, prenaient une grande place dans le vécu des patientes. Leur trouble alimentaire était décrit comme installé depuis plusieurs années sans qu'un dépistage n'ait déjà eu lieu ni qu'un professionnel ne soit informé. Le jour du dépistage, la raison de leur consultation chez le MG reposait sur des demandes d'ordre psychologique, plainte en lien avec un symptôme ou demande d'orientation vers un psychologue. Pour se confier, le MG a été choisi en raison de son empathie, de sa capacité d'écoute et de son usage des mots sans jugement, quelle que soit l'ancienneté du suivi. Le test SCOFF n'a pas créé de trouble ni de gêne, mais semblait parfois inadapté pour certaines patientes. *In fine*, ces dernières n'envisageaient pas ou peu de changement suite à ce dépistage en raison d'une faible motivation ou du choix de l'évitement.

2 Comparaison avec la littérature

Les entretiens ont montré que les patientes présentaient des comorbidités psychiatriques et notamment un trouble anxieux, souvent associé à des traits de personnalité borderline. La littérature retrouve au premier plan un lien entre les TCA et le trouble obsessionnel compulsif ou la phobie sociale [28]. Le vécu traumatique, décrit dans notre étude, se retrouve chez 48,4 % des patients ayant un TCA. De plus, selon Vierling, 33,9 % des patients ayant des TCA souffrent d'un état de stress post-traumatique [29]. La prévalence du trouble de la personnalité borderline chez les patients ayant des TCA, serait de l'ordre de 3 % chez les AN, 21 % chez les BN et 9 % chez les BED [30]. La comorbidité entre un trouble de la personnalité borderline et

les TCA est élevée chez les adultes [31] comme les adolescents [32]. Plus de la moitié des patients atteints de TCA auraient déjà été traités par leur MG pour des problèmes émotionnels au cours de leur vie [33]. Selon Halvorsen et al., les patientes consultent leur médecin généraliste avant de débiter des démarches spécialisées pour la prise en charge de leur TCA [34]. Une demande de psychothérapie, d'ordonnance ou de médicament semble constituer une porte d'entrée à l'abord du TCA en médecine générale.

Nous avons observé que la restriction cognitive était à la base du développement et du maintien des TCA. En ayant l'illusion de contrôler l'alimentation par des croyances et des règles, le sentiment de frustration généré engendre une perte de contrôle et des comportements extrêmes, causant un sentiment de culpabilité et l'apparition d'un cercle vicieux. Selon l'étude de Mohorić et al., les difficultés de régulation des émotions seraient à la base du développement d'un TCA [35].

Dans notre étude, comme dans la littérature, le BED semble être l'un des troubles le plus fréquemment retrouvé en médecine générale [33]. Alors que l'AN est souvent repérée en soins secondaires, avec un court délai entre l'apparition des symptômes et la prise en charge [36], le BED, semble présent depuis longtemps au moment du diagnostic [37].

Les patientes ont évoqué un rapport obtus avec l'entourage en raison d'une difficile compréhension ou de troubles similaires. Malgré une certaine défiance ou un sentiment de honte [38], le MG semble être l'acteur central du dépistage [39]. Selon notre étude, l'entourage ne saurait s'y substituer, hormis pour accélérer la prise de conscience et accompagner la prise en charge.

Choisir un médecin généraliste auprès duquel les patientes se sentent à l'aise pour se confier est une démarche active qui nécessite de confronter ses *a priori*, ses expériences passées et ses attentes à la sensibilité personnelle du médecin. Certaines études décrivent l'alliance thérapeutique comme un processus allant au-delà des outils utilisés, par un lien imperceptible qui unit le patient à son médecin [40]. Le MG devient « figure d'attachement » et « base sécuritaire » [41] propice à la libération de la parole et au dévoilement. Les auteurs ajoutent que le MG, dans ces conditions, aurait un effet régulateur des émotions. Selon Lévy et al., connaître les styles d'attachement pourrait

aider les praticiens à anticiper comment les patients peuvent adhérer et répondre à la prise en charge, et pas uniquement pour les TCA [42].

Une part importante des patients préférerait une médecin femme en raison d'une meilleure qualité de la relation [43] [44]. Une méta-analyse fait état d'une tendance plus aisée pour les femmes médecins à une prise en charge centrée sur le patient, autour d'une décision partagée [45]. Le genre féminin serait associé à une meilleure écoute thérapeutique [46]. D'autres études s'accordent à dire qu'il serait plus facile de s'adresser à un médecin du même sexe que le patient [47]. Pour autant, les médecins masculins ne sont pas exclus de toute manifestation d'empathie, de douceur et de décision partagée, en témoignent notre étude et les réponses unanimes des patientes. Quelle que soit l'ancienneté du suivi, la sensibilité perçue du MG de notre étude et ses qualités humaines ont permis de déconstruire des croyances et représentations telles que le sexe du MG, son âge ou encore son manque de compétences pour les problèmes d'ordre psychologique. L'empathie, ou humanisme médical, s'exerce tant par le discours verbal que par les comportements non verbaux, à l'instar de l'attitude chaleureuse et de la sollicitude [48]. Les TCA sont un sujet de l'ordre de l'intime et ces conditions sont nécessaires, selon Cadwallader, pour que le patient se livre [22].

Le dépistage a été majoritairement bien vécu. Au-delà même de l'utilisation du SCOFF, c'est l'attitude du MG qui a été pointée dans ce succès. Il paraît difficile de comparer les résultats liés au vécu du dépistage, tant notre étude est innovante. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'autres études françaises autour du vécu du dépistage des TCA en soins primaires. Le but du MG n'est pas de poser un diagnostic au sens psychiatrique, mais plutôt de participer au repérage précoce. Selon Rowe et al. ce repérage ne peut être opéré que grâce à une anamnèse approfondie et à une relation thérapeutique de confiance [8].

3 Forces et limites

Les entretiens ont été menés par un chercheur débutant en recherche qualitative, ce qui pourrait perturber la qualité des résultats. La méthode de l'IPA et son guide d'entretien ouvert auraient pu freiner un chercheur novice, et pourtant nous avons réussi à obtenir quatre verbatims de qualité. Les entretiens, allant de 26 à 72 minutes, ont été réalisés dans de bonnes conditions et les patientes se sont confiées

spontanément sans que nous ayons besoin de passer d'un guide d'entretien ouvert à un semi-directif. Cette approche nous a permis d'analyser les comportements non verbaux, les non-dits ou encore les contradictions. Les patientes ont été vues un temps très court pour revenir sur l'expérience du dépistage, sans altération des souvenirs.

L'IPA délègue de nombreux aspects à l'appréciation du chercheur. Dans une volonté de transparence, la méthode a été décrite étape par étape [49]. Lors de l'analyse de nos *a priori* réalisée grâce au questionnaire de Lebeau et al. [27], nous avons constaté que le manque de connaissances du chercheur principal vis-à-vis des TCA permettait d'améliorer la subjectivité de son analyse et d'observer une attitude plus ouverte. L'ensemble de nos données a été triangulé par un deuxième chercheur, formé en psychologie, pour un regard critique indispensable sur nos résultats, en profitant de ses connaissances et expériences.

En se présentant comme interne en médecine, il fut parfois difficile de ne pas confondre le statut de chercheuse et de médecin lors des entretiens et de l'analyse. Nous avons régulièrement redessiné notre posture pour réduire l'influence sur les participantes. En outre, nous n'avons pas réalisé d'entretiens tests. Ces derniers auraient pu permettre d'améliorer le guide d'entretien et l'aisance lors des passations. Le triangulateur a pointé le manque d'aisance lors du premier entretien et l'existence de questions trop directives.

Comme attendu, nous avons peiné à atteindre la suffisance des données en raison d'un faible nombre de sujets recrutés. Afin d'apporter des éléments d'explication, nous nous sommes questionnés sur la tranche d'âge réduite à 15-25 ans. En l'élargissant, nous aurions pu augmenter le nombre de participants, en témoigne le retour d'un MG qui a dépisté une patiente de 40 ans. Selon Tavalacci et al., l'âge médian des patients dépistés en MG est de 36,1 ans avec un écart-type de 15,4 ans [50]. Les hommes étant beaucoup moins concernés par les TCA [2], il semble logique que seules des femmes aient répondu aux critères de notre recherche. Une étude anglaise révèle pourtant que les hospitalisations des hommes pour des TCA ont subi une augmentation de 128 % entre 2016 et 2021 au Royaume-Uni [51], ce qui nous invite à rester attentifs à cette problématique.

Notre difficulté majeure a été le recrutement par les MG, ce qui confirme l'étendue de la problématique de sous-diagnostic. Beaucoup ont été contactés, seul un a recruté

l'intégralité des patientes. Selon la littérature australienne, seulement 4 à 10 % des médecins sollicités participent à une étude en soins primaires [52]. Nous n'avons pas eu de retour des autres MG, mais l'hypothèse principale est leur manque de temps [53]. Garcia et al. proposent que les MG pourraient aussi être confrontés à une méconnaissance du sujet et à un défaitisme [54]. Pour Boyer, les croyances et les compétences en communication pourraient également être des réponses [38]. Seuls 17 % des patients susceptibles de souffrir d'un TCA sont dépistés par leur MG [55]. Cette limite aura toutefois permis aux patientes de vivre une expérience la plus similaire possible. En IPA, plus nous approfondissons l'analyse d'un cas singulier, plus nous nous rapprochons de conclusions universelles [27] et cela prévaut sur la taille de l'échantillon. Smith a recensé entre 1 et 14 participants dans les études ayant recours à l'IPA [56]. Un nombre plus important d'entretiens aurait pu être néfaste en augmentant le risque de l'inconsistance.

Le MG qui a recruté les patientes a aussi pu induire un biais car il pratique lui-même la psychothérapie. Il participe régulièrement à des thèses, est connu pour sa bienveillance, son empathie, son non-jugement et provoque généralement un sentiment et un transfert très positifs. Avoir d'autres MG investigateurs aurait pu être bénéfique pour approcher d'autres expériences de dépistage.

Concernant le questionnaire SCOFF, nous avons conscience qu'il est critiquable et comporte des imperfections, notamment son aspect réducteur, relevé par les patientes. Il est adapté pour les jeunes femmes souffrant d'AN et de BN, mais demeure moins adapté aux autres troubles faisant partie du DSM-5 [57]. Nous avons d'ailleurs rencontré des difficultés dans la définition des TCA qui peuvent être plurielles. Nous avons choisi de ne considérer que les grandes catégories : AN, BN et BED. En outre, répondre au SCOFF et obtenir un score positif nécessitaient d'avoir dépassé la phase de déni [9]. Enfin, il existe de nombreux faux positifs qui peuvent entraîner un surdiagnostic et une stigmatisation médicale des troubles [22]. Si le SCOFF est peut-être trop direct, c'est son appropriation par le MG, avec une sélection de mots adaptés, qui a permis une moindre perturbation pour les patientes.

4 Perspectives

Une fois que les patientes ont pris conscience de leur trouble alimentaire, un sentiment de honte est apparu comme un frein à son évocation auprès d'un professionnel de santé [58]. Malgré un déclic qui les a poussées à débiter une démarche de soin, les patientes n'en ont pas parlé spontanément à leur MG. Elles ont préféré consulter pour des motifs somatiques ou d'ordre psychologique, tout en laissant des indices. Elles ont donc été dépistées bien après l'apparition des premiers symptômes et l'intégration de la pathologie dans leur schéma interne.

Nos résultats nous ont amenés à reconsidérer l'utilité du SCOFF et l'idée du dépistage des TCA en médecine générale. Bien qu'il soit rapide, simple et facilement interprétable, le SCOFF apparaît ici davantage comme un test diagnostique à partir de symptômes rendus visibles. En effet, le dépistage se définit, selon Morrison, par le fait de repérer des individus asymptomatiques pour déterminer leur probabilité d'avoir le ou les troubles recherchés. La démarche diagnostique intervient dans un second temps pour préciser la pathologie et prévoir une intervention [59].

Ces considérations nous amènent à questionner la nécessité d'un dépistage systématique des TCA en MG car plus le trouble est identifié tôt, meilleures sont les chances de guérison [60]. L'impact du dépistage systématique a été peu étudié [10] et n'a pas encore fait ses preuves [61] [16]. Il serait pourtant intéressant d'intervenir avant que les TCA n'aient un impact sur l'indice de masse corporelle par exemple. L'étude de Van Son et al. a montré que si la détection systématique augmente la fréquence de consultation pour des questions d'ordre psychologique, la prescription de médicaments psychotropes et le recours aux soins de santé mentale, elle n'augmente pas la guérison [62]. D'autres études plus récentes pourraient être menées en ce sens pour mesurer l'impact du dépistage systématique précoce sur le pronostic et le taux de guérison en population générale.

D'autre part, Morgan et al. ont développé ce test pour dépister les caractéristiques principales de l'AN et de la BN [17]. La validation française du SCOFF rapporte une excellente sensibilité, à l'oral ou à l'écrit, mais uniquement en considérant l'AN et la BN [63]. Qu'en est-il de son utilisation pour le BED ?

Nous avons, au cours des analyses, fait le lien entre les traumatismes psychiques et les TCA, également associés dans la littérature [29]. Nous faisons l'hypothèse que si les événements traumatiques étaient pris en charge précocement, ceux-ci ne s'exprimeraient pas plus tard sous forme de TCA. Salmona propose de former les professionnels de la santé à la relation entre psychotraumatisme et TCA, avançant que cette méconnaissance est préjudiciable pour les personnes en souffrance [64].

Il est important que les MG puissent continuer à être sensibilisés à la question des TCA, tant le sous-repérage est attesté [22]. Chaque motif de consultation d'ordre psychologique ou gastro-entérologique pourrait notamment être un tremplin au dépistage des TCA. Le manque de temps, ici aussi, ne permet pas de compléter toutes nos aspirations. L'épuisement psychologique, cognitif et physique de beaucoup de médecins n'est plus à démontrer [65].

Les TCA sont des troubles marqués par l'ambivalence et l'ambiguïté dans la demande de soins. Selon le modèle de motivation au changement de Prochaska et Di Clemente, les patientes rencontrées se situeraient entre les stades de pré-contemplation et de contemplation [66]. Elles ont conscience du trouble, mais leur intention de changer apparaît limitée. Il serait pertinent de travailler sur la préparation au changement. Les études effectuées auprès de patients atteints de TCA suggèrent que le travail d'émergence de motivation influence positivement l'évolution de la symptomatologie [67]. Les MG pourraient ainsi être formés et avoir recours à l'entretien motivationnel [68] et à l'intervention brève [69]. Actuellement utilisés en addictologie, nous proposons qu'ils puissent être modélisés autour des TCA.

Nos patients ont été dépistés et rencontrés à un intervalle très réduit. Cette temporalité ne nous permet pas d'avoir suffisamment de recul sur l'utilité du dépistage. Il faut parfois du temps avant d'accéder à un cycle supérieur de motivation au changement [66]. Si les entretiens révèlent un faible espoir de changement, une étude longitudinale pourrait préciser les conséquences du dépistage. Rappelons que pour le BED, la littérature indique qu'il faut une moyenne de six ans pour que le trouble soit traité [70].

Enfin, cette étude nous rappelle que la médecine préventive est un enjeu de santé publique à long terme. Certaines études, comme celle de Gallois et al., vont même jusqu'à avancer qu'elle avoisine 30 % de l'activité d'un MG [71].

Conclusion

Notre étude a souhaité s'intéresser au vécu du dépistage des TCA en soins primaires par le MG à l'aide du questionnaire SCOFF. Les TCA sont des pathologies complexes, souvent peu bruyantes, qui nécessitent une prise en charge précoce pour en améliorer le pronostic. Le MG est, en ce sens, un acteur central du repérage précoce.

Grâce à l'IPA, qui nous a permis d'avoir accès à l'univers singulier des patientes, nous pouvons conclure que le dépistage a été bien vécu. Ce sentiment positif n'est pas obtenu grâce au SCOFF, jugé trop réducteur, mais par les qualités humaines du MG et par la temporalité adaptée aux patientes au moment du test. Ces dernières souffraient majoritairement de BED alors que la littérature nous indique que le SCOFF, recommandé par la HAS, est surtout spécifique pour l'AN et la BN. L'écoute empathique du MG, son utilisation de mots adaptés et sa capacité à prendre le temps ont été salutaires et ont permis aux patientes de dépasser leurs *a priori*, leurs croyances ou leurs expériences marquées négativement. Les patientes rencontrées étaient symptomatiques depuis plusieurs mois, voire plusieurs années. Notre étude nous invite à reconsidérer l'usage du SCOFF pour l'utiliser préférentiellement lors d'un dépistage systématique des TCA, avant que les patients ne soient symptomatiques.

Les résultats liés à notre question de recherche et à la richesse des entretiens nous ont permis d'avoir accès à de nombreuses informations liées au trouble lui-même, à la part de déni à dépasser, à la place de l'entourage et à la bonne temporalité pour consulter. Au final, le dépistage, tel qu'il a été réalisé, n'a occasionné qu'une faible motivation au changement, certaines patientes préférant le choix de l'évitement. Il aura néanmoins permis d'évoquer le trouble, de sensibiliser et d'avoir accès à un interlocuteur dédié à la prévention et à la coordination des soins. Il serait intéressant de reproduire cette étude, ou de la poursuivre, pour identifier de manière longitudinale si le dépistage a permis de réduire l'intensité des troubles et d'améliorer la guérison.

Nous ouvrons la réflexion sur l'importance de la prévention et de la formation du corps médical aux TCA, à l'entretien motivationnel ou encore au psychotraumatisme. La médecine préventive est l'avenir, à condition que les médecins, eux-mêmes, soient pris en compte et protégés par le système de santé. Le défi est immense.

Références bibliographiques

- [1] Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet Lond Engl* 2020;395:899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3).
- [2] Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tadolacci MP. Prévalence des troubles du comportement alimentaire au cours de la période 2000-2018 : une revue systématique de la littérature. *Nutr Clin Métabolisme* 2019;33:112. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2019.01.436>.
- [3] Peebles R, Sieke EH. Medical Complications of Eating Disorders in Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2019;28:593–615. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.009>.
- [4] van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* 2021;34:515–24. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>.
- [5] Udo T, Bitley S, Grilo CM. Suicide attempts in US adults with lifetime DSM-5 eating disorders. *BMC Med* 2019;17:120. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1352-3>.
- [6] Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:724–31. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>.
- [7] Austin A, Flynn M, Shearer J, Long M, Allen K, Mountford VA, et al. The First Episode Rapid Early Intervention for Eating Disorders - Upscaled study: Clinical outcomes. *Early Interv Psychiatry* 2022;16:97–105. <https://doi.org/10.1111/eip.13139>.
- [8] Rowe E. Early detection of eating disorders in general practice. *R Aust Coll Gen Pract* 2017;46:833–8.
- [9] Lazare K, Mehak A, Telner D. Exploring the primary care experiences of adult patients with eating disorders: a qualitative analysis. *Eat Disord* 2021;29:1–16. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1605778>.
- [10] Cadwallader JS, Godart N, Chastang J, Falissard B, Huas C. Detecting eating disorder patients in a general practice setting: a systematic review of heterogeneous

data on clinical outcomes and care trajectories. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes* 2016;21:365–81. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0273-9>.

[11] Ivancic L, Maguire S, Miskovic-Wheatley J, Harrison C, Nassar N. Prevalence and management of people with eating disorders presenting to primary care: A national study. *Aust N Z J Psychiatry* 2021;55:1089–100. <https://doi.org/10.1177/0004867421998752>.

[12] Rapp C, Grigioni S, Tivolacci M-P, Déchelotte P. Dépistage et approche diagnostique des troubles du comportement alimentaire chez les patients consultant en médecine générale pour des troubles fonctionnels digestifs. *Nutr Clin Métabolisme* 2018;32:251–2. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2018.09.046>.

[13] Attia E, Guarda AS. Prevention and Early Identification of Eating Disorders. *JAMA* 2022;327:1029–31. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.2458>.

[14] Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques. Anorexie mentale. Prise en charge. HAS; 2010.

[15] Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques. Boulimie et hyperphagie boulimique. Repérage. HAS; 2019.

[16] Feltner C, Peat C, Reddy S, Riley S, Berkman N, Middleton JC, et al. Screening for Eating Disorders in Adolescents and Adults: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2022;327:1068–82. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.1807>.

[17] Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999;319:1467–8. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1467>.

[18] Luck AJ, Morgan JF, Reid F, O'Brien A, Brunton J, Price C, et al. The Scoff Questionnaire And Clinical Interview For Eating Disorders In General Practice: Comparative Study. *BMJ* 2002;325:755–6.

[19] Garcia FD, Grigioni S, Allais E, Houy-Durand E, Thibaut F, Déchelotte P. Detection of eating disorders in patients: Validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. *Clin Nutr* 2011;30:178–81. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2010.09.007>.

- [20] Lévêque C, Boyer J, Castera P. Freins à l'abord des troubles du comportement alimentaire en médecine générale. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2021;S0003448721002420. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.07.017>.
- [21] Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. *Sexologies* 2017;26:136–45. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2017.04.002>.
- [22] Cadwallader J-S. TCA-MG: Prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires par les médecins généralistes français. Université Paris-Saclay, 2018.
- [23] Lionet B. Chapitre 9. L'analyse phénoménologique interprétative. *Méthodes Qual. En Psychol. Clin. Psychopathol.*, Paris: Dunod; 2021, p. 145–57. <https://doi.org/10.3917/dunod.casti.2021.01.0145>.
- [24] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19:349–57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
- [25] King J, Brosseau L, Guitard P, Laroche C, Barette JA, Cardinal D, et al. Validation transculturelle de contenu de la version franco-canadienne de l'échelle COREQ. *Physiother Can* 2019;71:222–30. <https://doi.org/10.3138/ptc.2018-44.f>.
- [26] Restivo L, Julian-Reynier C, Apostolidis T. Pratiquer l'analyse interprétative phénoménologique : intérêts et illustration dans le cadre de l'enquête psychosociale par entretiens de recherche. *Prat Psychol* 2018;24:427–49. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2017.12.001>.
- [27] Aubin-Auger I, Cadwallader J-S, Gilles de la Londe J, Lutsmann M, Mercier A, Peltier A. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Saint-Cloud: Global média santé; 2021.
- [28] Swinbourne JM, Touyz SW. The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *Eur Eat Disord Rev* 2007;15:253–74. <https://doi.org/10.1002/erv.784>.
- [29] Vierling V, Etori S, Valenti L, Lesage M, Pigeyre M, Dodin V, et al. Prévalence et impact de l'état de stress post-traumatique chez les patients atteints de troubles du

comportement alimentaire. Presse Médicale 2015;44:e341–52.
<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2015.04.039>.

[30] Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: A decade in review. *Clin Psychol Rev* 2005;25:895–916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>.

[31] Chen EY, Brown MZ, Harned MS, Linehan MM. A comparison of borderline personality disorder with and without eating disorders. *Psychiatry Res* 2009;170:86–90. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.03.006>.

[32] Nicolas I, Pham-Scottet A, Cohen de Lara A, Hurvy C, Robin M, Delvenne V, et al. Chapitre 8. Troubles des conduites alimentaires, fonctionnement limite, adolescence : effets miroirs. *Troubl. Personnal. Borderline À Adolesc.*, Paris: Dunod; 2013, p. 101–26. <https://doi.org/10.3917/dunod.corco.2013.02.0101>.

[33] Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;61:348–58. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>.

[34] Halvorsen TF, Haavet OR, Rydså BJ, Skarbø T, Rosvold EO. Patients' experience of their general practitioner's follow-up of serious eating disorders. *Tidsskr Den Nor Legeforening* 2014. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.1222>.

[35] Mohorić T, Pokrajac-Bulian A, Anić P, Kukić M, Mohović P. Emotion regulation, perfectionism, and eating disorder symptoms in adolescents: the mediating role of cognitive eating patterns. *Curent Psychol* 2022:28505–16.

[36] Steinhausen H-C. The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century | *American Journal of Psychiatry*. *Am Psychiatr Publ* 2002;159:1284–93. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>.

[37] Austin A, Flynn M, Richards K, Hodsoll J, Duarte TA, Robinson P, et al. Duration of untreated eating disorder and relationship to outcomes: A systematic review of the literature. *Eur Eat Disord Rev* 2021;29:329–45. <https://doi.org/10.1002/erv.2745>.

[38] Boyer J. 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. Université de Bordeaux, 2019.

[39] World Organization of National Colleges and Academic Associations of General

Practitioners /Family Physicians. La définition européenne de la médecine générale/médecine de famille. WONCA Eur 2002. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf> (accessed January 19, 2024).

[40] Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspect Psy* 2010;49:317–26.

[41] Guillemeney J, Clary B, Labadie-Fobis A, Oude Engberink A, Pavageau S. La théorie de l'attachement est une ressource pour la relation médecin-patient : méta-synthèse qualitative. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2019;177:335–41. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.04.015>.

[42] Levy KN, Ellison WD, Scott LN, Bernecker SL. Attachment style. *J Clin Psychol* 2011;67:193–203. <https://doi.org/10.1002/jclp.20756>.

[43] More ES, Greer MJ. American women physicians in 2000: a history in progress. *J Am Med Womens Assoc* 1972 2000;55:6–9.

[44] Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician Gender Effects in Medical CommunicationA Meta-analytic Review. *JAMA* 2002;288:756–64. <https://doi.org/10.1001/jama.288.6.756>.

[45] Levinson W, Lurie N. When Most Doctors Are Women: What Lies Ahead? *Am Coll Physicians* 2004;141:471–4. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-141-6-200409210-00013>.

[46] Aspegren K. BEME Guide No.2: Teaching and learning communication skills in medicine--a review... *Med Teach* 1999;21:563. <https://doi.org/10.1080/01421599978979>.

[47] Sandhu H, Adams A, Singleton L, Clark-Carter D, Kidd J. The impact of gender dyads on doctor-patient communication: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2009;76:348–55. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.010>.

[48] Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié JP. Rapport 21-09. La relation médecin-malade. *Bull Académie Natl Médecine* 2021;205:857–66. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.07.009>.

[49] Moussel É, Morel A. Percevoir l'incertitude de son médecin généraliste en

consultation: analyse interprétative phénoménologique de vécus de patients. Université Grenoble Alpes, 2017.

[50] Tivolacci MP, Gillibert A, ZhuSoubise A, Grigioni S, Dechelotte P. P280 Dépistage et orientation diagnostique des troubles du comportement alimentaire. *Nutr Clin Métabolisme* 2018;32:328–9. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2018.09.203>.

[51] Royal College of Psychiatrists. Hospital admissions for eating disorders increased by 84% in the last five years 2022. <https://www.rcpsych.ac.uk/news-and-features/latest-news/detail/2022/05/18/hospital-admissions-for-eating-disorders-increased-by-84-in-the-last-five-years> (accessed January 22, 2024).

[52] Williamson MK, Pirkis J, Pfaff JJ, Tyson O, Sim M, Kerse N, et al. Recruiting and retaining GPs and patients in intervention studies: the DEPS-GP project as a case study. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:42. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-7-42>.

[53] Tudesco K. Recrutement en recherche ambulatoire : quels sont les arguments des médecins généralistes qui acceptent ou refusent de participer à une recherche clinique ? Cas de l'étude BECOME. Université Paris-Descartes, 2017.

[54] 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. *World J Biol Psychiatry* 2010;11:888–93. <https://doi.org/10.3109/15622975.2010.483251>.

[55] Aubry L. Normanut 3: enquête de prévalence et caractéristiques des troubles nutritionnels chez des patients consultant en médecine générale en Haute-Normandie. Université de Rouen, 2016.

[56] Smith JonathanA. Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychol Rev* 2011;5:9–27. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.510659>.

[57] Kutz AM, Marsh AG, Gunderson CG, Maguen S, Masheb RM. Eating Disorder Screening: a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Characteristics of the SCOFF. *J Gen Intern Med* 2020;35:885–93. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05478-6>.

[58] NICE. Eating disorders: recognition and treatment. 2017.

- [59] Morrison AS. Introduction. Screen. Chronic Dis., Oxford University Press; 1992.
- [60] Errichiello L, Lodice D, Bruzzese D, Gherghi M, Senatore I. Prognostic factors and outcome in anorexia nervosa: a follow-up study. *Eat Weight Disord* 2016;73–82. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0211-2>.
- [61] US Preventive Services Task Force. Screening for Eating Disorders in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2022;327:1061–7. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.1806>.
- [62] van Son GE, van Hoeken D, van Furth EF, Donker GA, Hoek HW. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. *Int J Eat Disord* 2010;43:130–8. <https://doi.org/10.1002/eat.20676>.
- [63] Garcia FD, Grigioni S, Allais E, Houy-Durand E, Thibaut F, Déchelotte P. Detection of eating disorders in patients: Validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. *Clin Nutr* 2011;30:178–81. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2010.09.007>.
- [64] Salmona M. Comprendre et prendre en charge l'impact psychotraumatique des violences conjugales pour mieux protéger les femmes et les enfants qui en sont victimes 2017. https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2017_Muriel_Salmona_Violences_conjugales_le_droit_d_etre_protegee_DUNOD.pdf.
- [65] Shadili G, Goumard D, Provoost J-P, Le Pallec G. Burn out des médecins et autres praticiens hospitaliers. *Inf Psychiatr* 2018;94:13–8. <https://doi.org/10.1684/ipe.2018.1735>.
- [66] Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol* 1994;13:39–46. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.13.1.39>.
- [67] Georgieva P, Meilleur D. La variable motivationnelle dans la prise en charge des adolescentes atteintes d'anorexie: relevé de la littérature. *Rev Québécoise Psychol* 2013;34:151–72.
- [68] Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel. InterEditions; 2019.
- [69] Castera P, Kinouani S, Joseph J. Repérage précoce et intervention brève.

Succès et limites. *Alcoologie Addictologie* 2015;37:85–92.

[70] Anorexie mentale · Inserm, La science pour la santé. Inserm 2017. <https://www.inserm.fr/dossier/anorexie-mentale/> (accessed January 19, 2024).

[71] Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Prévention en médecine générale. Deuxième partie : regards croisés patients-médecins. *Médecine* 2008;4:406–10. <https://doi.org/10.1684/med.2008.0340>.

Annexes

1 Test SCOFF-F

Questionnaire SCOFF-F

- Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ? Oui (1) / Non (0)
- Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ? Oui (1) / Non (0)
- Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de trois mois ? Oui (1) / Non (0)
- Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ? Oui (1) / Non (0)
- Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ? Oui (1) / Non (0)

Un résultat à 2 ou plus révèle un possible trouble des conduites alimentaires.

2 Lettre d'information

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique dans le cadre de ma thèse d'exercice en médecine générale. Cette étude, menée par le département universitaire de médecine générale de Lille, a pour but d'explorer le vécu des adolescents et jeunes adultes vis-à-vis du dépistage des TCA (troubles des conduites alimentaires) par le questionnaire SCOFF chez le médecin généraliste.

1. Procédure de l'étude

Si vous décidez d'y participer, vous serez invité(e) à formuler votre non-opposition après lecture de cette lettre d'information.

Vous vous entretiendrez avec l'investigateur de la recherche au cours d'un entretien individuel qui sera enregistré. Celui-ci vise à mieux comprendre le dépistage des troubles des conduites alimentaires. Vos Nom, Prénom, numéro de téléphone et mail seront recueillis. Le jour de l'entretien, un enregistrement audio sera réalisé et contiendra quelques données sociodémographiques : âge, sexe, durée depuis laquelle vous êtes suivi par votre médecin généraliste. Ces données seront utilisées pour caractériser la population d'étude mais ne seront pas identifiantes.

2. Risques potentiels de l'étude

Lors de cette étude aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Échanger autour de votre vécu peut s'avérer déstabilisant, c'est pourquoi nous consacrerons un temps au débriefing à la fin de chaque entretien. En cas de besoin, n'hésitez pas à solliciter l'investigateur, reprendre contact avec votre médecin généraliste ou appeler le 3114 (numéro national de prévention du suicide). Vous pourrez mettre fin à l'entretien à tout moment.

3. Bénéfices potentiels de l'étude

L'étude vise à mieux vous comprendre, formuler des hypothèses sur la façon dont vous aimeriez que le sujet des troubles des conduites alimentaires soit abordé par votre médecin généraliste.

4. Participation à l'étude

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

5. Rémunération et indemnisation

Aucune rémunération ni indemnisation ne sont prévues pour cette étude. Le lieu de l'entretien sera décidé de façon à ce que vous n'ayez pas besoin de vous déplacer.

6. Confidentialité – Aspects éthiques et réglementaires :

Si vous le souhaitez, vous pouvez poser toutes les questions et avoir toutes les explications nécessaires auprès du médecin responsable : Pauline KERCKOVE
06xxxxxxxx

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation, et cela n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement de vos données personnelles sera mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de l'étude. Vos réponses restent confidentielles, c'est-à-dire qu'elles seront anonymisées et ne seront transmises qu'aux personnes impliquées dans la recherche.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au règlement européen sur la protection des données personnelles (2016/679), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit de suppression, de limitation et de portabilité de vos données utilisées et traitées dans le cadre de cette recherche. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous a proposé de participer à cette étude ou auprès du responsable du traitement, le promoteur de la recherche : Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM Psy) (contact@f2rsmpsy.fr)

Le Comité de Protection des Personnes Est-I a approuvé ce projet de recherche le 13/04/2023.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

3 Guide d'entretien ouvert

Il s'agit d'un entretien individuel avec un guide d'entretien ouvert ou compréhensif afin que le participant évoque son vécu, ses émotions, ses ressentis vis-à-vis du dépistage des troubles des conduites alimentaires.

Nous formulerons uniquement une question d'accroche puis nous effectuerons des relances afin d'encourager le participant à poursuivre son récit.

Présentation de l'expérimentateur et de l'étude :

Pauline KERCKOVE ALEXANDRE, interne en 8^{ème} année de médecine générale

Thèse sur le dépistage des troubles des conduites alimentaires en médecine générale

Rassurer quant à l'anonymat, l'absence de jugement, le secret professionnel

Rappeler que le participant peut décider d'arrêter l'entretien à tout moment

Question d'accroche :

Aujourd'hui, nous allons parler d'une consultation en particulier, celle où votre médecin vous a posé plusieurs questions à propos de : la place de la nourriture dans votre vie, les quantités que vous mangez, la vision que vous avez de votre corps, les fluctuations de votre poids et la présence de vomissements provoqués.

Pouvez-vous me raconter ce que vous avez ressenti lors de cette consultation ?

Questions socio-démographiques :

Quel est votre âge et votre genre ?

Depuis quand consultez-vous votre médecin traitant actuel ?

4 Extrait journal de bord

Le journal de bord complet a été remis aux membres du jury sur une clé USB fournie avec la version imprimée de la thèse.

5 Réflexivité

Quelle est ma question initiale ?

Que pensent les adolescents du dépistage des TCA par le questionnaire SCOFF en médecine générale ?

Comment en suis-je venue à me poser cette question ?

La prise en charge des TCA en médecine générale est un sujet qui passionne ma directrice de thèse. Titulaire d'un DU de Nutrition, elle propose régulièrement des consultations dédiées aux problématiques nutritionnelles. Elle a constaté, de par son expérience, l'importance du dépistage précoce des troubles du comportement alimentaire, qui restent souvent sous silence de nombreuses années avant de faire parler d'eux et de provoquer l'arrivée du patient dans les soins.

Nous en avons discuté et avons effectué quelques recherches sur les travaux déjà réalisés sur le sujet. L'idée était de nous concentrer sur une population d'adolescents, âge fréquent de l'apparition des premiers symptômes. En dépistant le plus tôt possible, on imagine pouvoir éviter ou diminuer l'apparition d'un comportement addictif vis-à-vis de la nourriture chez ces patients et ainsi réduire la chronicisation de ces troubles.

Dans l'optique de promouvoir le dépistage des TCA chez les adolescents en médecine générale, il m'a semblé intéressant de recueillir l'avis des patients lors de sa réalisation. Le but étant d'adapter au mieux notre position en tant que médecin généraliste vis-à-vis de ce dépistage.

Cette question de recherche émerge d'un échange avec ma directrice de thèse et non d'une expérience personnelle. J'entretiens avec elle un lien plutôt professionnel, ce qui m'aide à mettre à distance une partie de ma subjectivité sur le sujet.

Si j'étais moi-même interrogée, quelle serait ma réponse ?

Si j'étais adolescente, que j'étais interrogée et que j'avais des troubles du comportement alimentaire, j'imagine que j'apprécierais que mon médecin se soit investi dans ce dépistage. Je serais rassurée de savoir que quelqu'un s'en préoccupe et que j'ai un professionnel à qui en parler et qui saura m'aider. Cette réponse fait probablement écho à mon vécu et au fait que mon médecin généraliste à

l'adolescence ne faisait pas preuve de beaucoup de curiosité et se cantonnait simplement au motif de consultation que je lui rapportais.

J'ai également quelques *a priori* concernant la population que nous envisageons d'étudier. De par mon expérience personnelle et professionnelle (stage ambulatoire ainsi qu'en psychiatrie notamment), je perçois l'adolescence comme un âge où il est difficile voire impossible de communiquer avec les adultes et où des questions trop personnelles de la part du médecin peuvent être ressenties comme très intrusives.

Pourquoi suis-je convaincue que cette question est pertinente ?

Je suis convaincue que les TCA sont sous-diagnostiqués. Je suis également persuadée qu'une prise en charge précoce et adaptée peut diminuer l'impact de cette pathologie sur les patients et surtout réduire la chronicisation des troubles. J'imagine que quelques questions simples (issues du questionnaire SCOFF), enregistrées dans notre pratique quotidienne, serviraient à désamorcer un bon nombre de troubles du comportement alimentaire qui restent souvent latents plusieurs années.

Quelles réponses est-ce que j'attends des participants ?

J'attends des participants une réponse assez semblable à la mienne, à savoir qu'ils ont apprécié l'implication de leur médecin généraliste dans le dépistage de leurs troubles alimentaires et qu'ils se sentent soutenus et rassurés.

Quelles réponses est-ce que je n'attends pas des participants ?

Je n'attends pas une réaction de défense des patients. J'ai cependant quelques doutes étant donné leur jeune âge et la complexité de nouer des relations de confiance avec les adolescents.

Quelle est finalement ma question de recherche ?

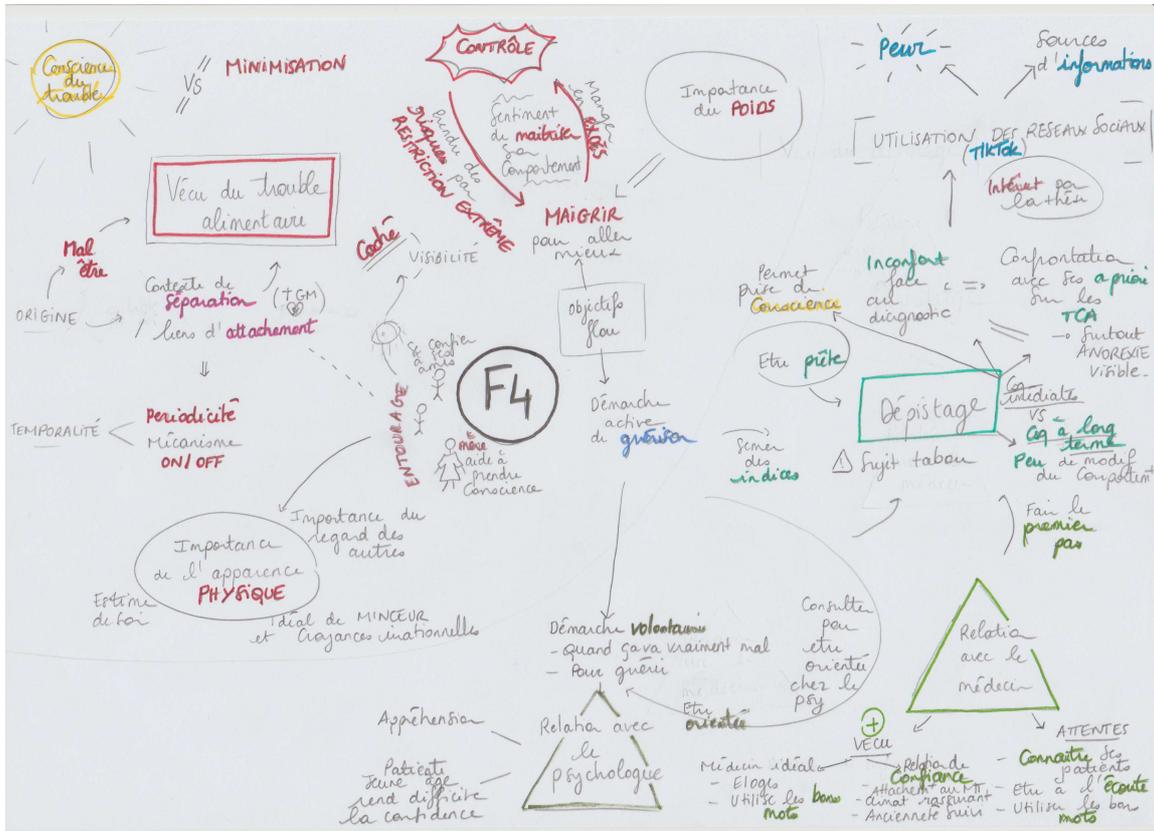
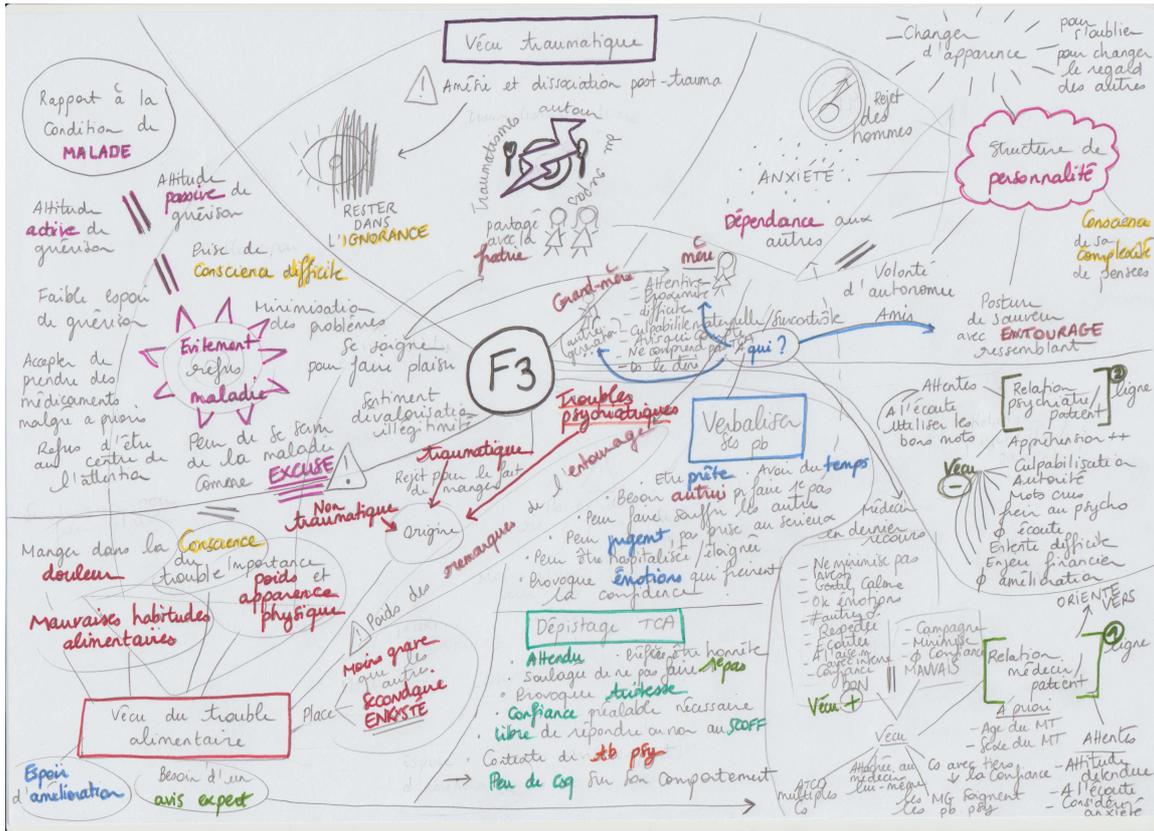
Quel est le ressenti des jeunes adultes lors du dépistage des troubles des conduites alimentaires par leur médecin généraliste via le questionnaire SCOFF ?

6 Extrait verbatims

Les verbatims ont été remis aux membres du jury sur une clé USB fournie avec la version imprimée de la thèse.

7 Livre de codes

L'intégralité du livre de codage a été remis aux membres du jury sur une clé USB fournie avec la version imprimée de la thèse.



9 Critères COREQ

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1	Enquêteur	Pauline KERCKOVE
2	Titres académiques	Interne en médecine
3	Activité	En stage de médecine générale
4	Genre	Féminin
5	Expérience et formation	DES de Médecine Générale
Relations avec les participants		
6	Relation antérieure	L'enquêteur et les participants ne se connaissaient pas avant le commencement de l'étude
7	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Les participants connaissaient le sujet de la recherche (cf. Annexe 2)
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Peu de connaissances sur le sujet abordé (cf. Annexe 5)
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9	Orientation méthodologique et théorique	Phénoménologie interprétative
Sélection des participants		
10	Échantillonnage	Consécutif
11	Prise de contact	Par l'intermédiaire de leur médecin généraliste puis par mail
12	Taille de l'échantillon	4
13	Non-participation	0
Contexte		
14	Cadre de la collecte de données	Domicile des patients, jardin public, université
15	Présence de non-participants	Non

16	Description de l'échantillon	Femmes âgées de 21 à 22 ans entre mai et décembre 2023
Recueil des données		
17	Guide d'entretien	Ouvert, sans questions prédéfinies hormis la question d'amorce donc pas de possibilité de le tester au préalable
18	Entretiens répétés	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Microphone sur le téléphone du chercheur
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont été consignées dans un journal de bord, rempli progressivement durant toute la durée de l'étude (Cf. Annexe 4)
21	Durée	En moyenne 49 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de suffisance a été discuté
23	Retour des transcriptions	Le chercheur a proposé d'envoyer les transcriptions d'entretien aux participants pour commentaire et/ou correction mais ils ont tous refusé
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24	Nombre de personnes codant les données	2
25	Description de l'arbre de codage	Une description de l'arbre de codage a été fournie par les chercheurs (Cf. Annexe 7)
26	Détermination des thèmes	A partir des données
27	Logiciel	NVivo®
28	Vérification des participants	Non
Rédaction		
29	Citations présentées	Oui et identifiées
30	Cohérence des données et des résultats	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Oui

10 Avis CPP

Comité de protection des personnes Est I Avis sur une demande initiale

CPP

Nom du CPP : Comité de protection des personnes Est I
Adresse : Centre hospitalier la Chartreuse - 1 Bld Chanoine Kir, BP 23314 21033
DIJON France
Courriel : capest1@chlcdijon.fr
Téléphone : 0380425485

Promoteur / Demandeur

Promoteur : Fédération Régionale de Recherche en santé mentale
Représentant légal (UE) : -
Mandataire : -

Dossier

Numéro SI : 23.01033.000186
Numéro national : 2023-A00159-36
Référence interne : F2RSM 2022.34

Règlementation : Loi Jardé
Qualification : Catégorie 3
Produit ou acte : Hors produits de santé (produits non mentionnés à l'article L.5311-11 du code de la santé publique)

Investigateur : KERCKOVE PAULINE

Titre : Dépistage des troubles des conduites alimentaires en médecine générale par le questionnaire SCOFF : vécu des patients

Ce dossier a été étudié en séance le 13/04/2023 et mandat a été donné au vice-président du CPP d'émettre l'avis à réception des réponses du déposant aux dernières demandes. Au vu des réponses obtenues, l'avis suivant a donc été émis. Cet avis court à compter du changement de statut sur le SI.

Considérant que les conditions éthiques sont remplies notamment au regard des éléments de l'article L.1123-7 du code de la santé publique, l'examen du comité permet de conclure que la recherche peut être réalisée et de rendre l'avis suivant :

Avis favorable

Cet avis est valable deux ans. Conformément à l'article L.1123-11 du code de la santé publique, le promoteur doit déclarer au CPP le début de la recherche. Cette déclaration se fait directement sur le SIRIPH2G (bouton "démarrer l'étude").

Si vous n'avez pas été en mesure d'inclure un premier participant à la recherche dans ce délai, vous pouvez demander au CPP une prorogation de cet avis avant la fin de validité de ce dernier (article R.1123-26 du code de la santé publique).

Personnes ayant délibéré

Collège	Catégorie	Nom et prénom
Collège I	Qualification RIPH - Biostatistique ou épidémiologie	SOUDRY-FAURE Agnès
Collège I	Qualification RIPH - Autre	CHAVANET Pascal
Collège I	Pharmacien hospitalier	BOULIN Mathieu
Collège I	Auxiliaire médical	RAT Corinne
Collège I	Auxiliaire médical	FIRMINO-SARAZIN Alex
Collège II	Compétence éthique	POURREZ Aurélie
Collège II	Compétence éthique	BOGGIO Vincent
Collège II	Compétence en sciences humaines et sociales ou action sociale	GONNEAUD Florence
Collège II	Compétence juridique	MAUREL Raphaël
Collège II	Compétence juridique	TABUTIAUX Agnès
Collège II	Représentant d'association agréée	LECOMTE Yann

Documents analysés par le CPP

Catégorie	Intitulé	Date de dépôt
ATT - Attestation	2023-A00159-36_Attestation Promoteur_20230317_F2RSM 2022.34.pdf	17/03/2023
ATT - Attestation	2023-A00159-36_Attestation réglementaire_V1_20230321_F2RSM 2022.34.pdf	28/03/2023
CVI - CV investigateurs	2023-A00159-36_CV_GLisembard_20221117_F2RSM 2022.34.pdf	28/03/2023
CVI - CV investigateurs	2023-A00159-36_CV_Flecouvez_20221101_F2RSM 2022.34.pdf	28/03/2023
CVI - CV investigateurs	2023-A00159-36_CV_ALombart_20221222_F2RSM 2022.34.pdf	28/03/2023
CVI - CV investigateurs	2023-A000159-36_BPC PKerckove_F2RSM 2022.34.pdf	28/03/2023
CVI - CV investigateurs	2023-A00159-36_CV_JMinguet_20221201_F2RSM 2022.34.pdf	28/03/2023
CVI - CV investigateurs	2023-A00159-36_CV_PKerckove_20230307_F2RSM 2022.34.pdf	28/03/2023
DEM - Demande autorisation	2023-A00159-36_QUESTIONNAIRE D'AUTO EVALUATION_V1 20230321_F2RSM 2022.34.pdf	28/03/2023
DON - Données : preuve de conformité du traitement des données	2022-A00159-36_Recepisse declaration CNIL MR003_20200408_F2RSM 2022.34.pdf	17/03/2023
DON - Données : preuve de conformité du traitement des données	2023-A00159-36_N*RCB_20230119_F2RSM 2022.34.pdf	28/03/2023
INF - Doc Information	2023-A00159-36_LETTRE INFORMATION_V1 20230307_F2RSM 2022.34.pdf	28/03/2023

INF - Doc Information	2022-A00159-36_LETTRE INFORMATION_V2 20230414 _F2RSM 2022.34.pdf	17/04/2023
PRO - Protocole	2022-A00159-36_Protocole_V1 20230307_F2RSM 2022.34.pdf	17/03/2023
PRO - Protocole	2023-A00159-36_Protocole_V1 20230307_F2RSM 2022.34.pdf	28/03/2023
QUE - Echelles/questionnaires	2023-A00159-36_FICHE PATIENT_V1 20230307_F2RSM 2022.34.pdf	28/03/2023
QUE - Echelles/questionnaires	2023-A00159-36_GUIDE ENTRETIEN_ V1 20230307_F2RSM 2022.34.pdf	28/03/2023
REP - Courrier de réponse	2022-A00159-36_COURRIER_V2 20230417_F2RSM 2022.34.pdf	17/04/2023

**Les documents étiquetés non-conformes sur le SI RIPH2G ou transmis pour information/notification dans le cadre de cette demande d'avis n'ont pas été évalués par le CPP.*

**L'intitulé des documents examinés par le comité, listés sur le présent avis, reprend la nomenclature des fichiers utilisée par le déposant sur le SI RIPH2G.*

Fait à Dijon, le 17 avril 2023



M Yann LECOMTE
Vice-président CPP Est 1

AUTEUR : Nom : KERCKOVE - ALEXANDRE

Prénom : Pauline

Date de soutenance : 7 mars 2024

Titre de la thèse : Dépistage des troubles des conduites alimentaires par le médecin généraliste via le questionnaire SCOFF : vécu des patients

Thèse - Médecine - Lille « 2024 »

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : Trouble de l'alimentation, trouble des conduites alimentaires, médecine générale, dépistage, soins primaires

Résumé :

Introduction : Les troubles des conduites alimentaires représentent une cause de morbidité physique et psychique importante dont le dépistage précoce permettrait d'améliorer le pronostic. Leur prévalence en soins primaires est faible, notamment en raison d'un dépistage insuffisant. L'objectif de ce travail de recherche était de recueillir le vécu des patients dépistés suite à la passation du questionnaire SCOFF par le médecin généraliste afin de lever des freins au dépistage.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative dont les données ont été recueillies par des entretiens individuels ouverts auprès de patients dépistés en cabinet de médecine générale. L'échantillon raisonné homogène a été constitué entre mai et décembre 2023. L'analyse a été assistée par le logiciel NVivo 14® et une triangulation des données a été menée par deux chercheurs.

Résultats : Le dépistage des troubles des conduites alimentaires a été bien vécu grâce à des conditions réunies, indépendantes du test. Les patientes recrutées ont mis en avant l'écoute empathique du médecin, sa capacité à employer des mots adaptés et à prendre le temps. Elles étaient volontaires pour se confier car partiellement conscientes de leurs troubles psychiatriques et probablement déjà symptomatiques. Une modélisation du vécu des patients a été réalisée. Malgré ce ressenti positif, les patientes n'ont révélé qu'une faible motivation au changement.

Conclusion : Notre étude a permis d'identifier certains facteurs clés pour un dépistage bien vécu, de l'origine du trouble à la consultation de dépistage. Le rôle de prévention du médecin généraliste semble primordial, à condition qu'il y soit sensibilisé. Il serait intéressant de redonner au SCOFF sa place dans le dépistage systématique des troubles des conduites alimentaires et non en qualité de test diagnostique chez des patients déjà symptomatiques.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Madame le Professeur Anita TILLY

Monsieur le Docteur Joël CHARBIT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Gabrielle LISEMBARD