

Année 2013

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RIVES-LANGE Claire
Née le 17/04/1984 à Béziers

Présentée et soutenue publiquement le : 22 octobre 2013

Anorexie mentale et médecine générale : réflexions concernant la place du médecin généraliste dans le parcours de soins des patientes atteintes d'anorexie mentale; approche qualitative à partir d'entretiens réalisés auprès des patientes.

Président de thèse : Professeur Jean-Claude Melchior

Directeur de thèse : Docteur Katell Mignotte

Médecine générale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Claude Melchior, vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury et je vous en remercie. J'ai essayé de rencontrer ces patientes avec la même compréhension de la personne et de la maladie que vous-même, grâce à l'enseignement que vous m'apportez au quotidien dans le service. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde considération et de ma reconnaissance.

A Madame le Professeur Agathe Raynaud-Simon, pour m'avoir fait confiance, il y a un an en me proposant de découvrir la gériatrie au sein de votre service. Aujourd'hui, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assurée, de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Patrick Tounian, pour m'avoir tout appris en matière de nutrition pédiatrique et m'avoir aidé dans mon parcours professionnel. Vous me faites l'honneur de juger ce travail, j'espère qu'il sera à la hauteur de vos attentes. Veuillez trouver ici, l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Au Docteur Katell Mignotte, qui a accepté de diriger ce travail. Je te remercie pour ta disponibilité, ton investissement et ton soutien tout au long de cette thèse.

Au Docteur Damien Ringuenet, vous avez accepté de juger ce travail, veuillez recevoir mes sincères remerciements.

Au Docteur Daniel Maury, pour le temps que vous m'avez accordé et l'aide dans le recrutement des patientes. Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Au Docteur Sophie Criquillon-Doublet, pour m'avoir ouvert les portes de sa consultation à Sainte Anne et m'avoir aidé au recrutement des patientes ambulatoires.

Au Docteur Mouna Hanachi, qui m'aide chaque jour un peu plus à comprendre cette maladie qu'est l'anorexie mentale.

Aux patientes, pour cette belle leçon d'humilité.

A mes parents, C'est le moment de vous remercier pour votre soutien et votre amour durant ces années d'études. **A mon père**, pour sa générosité dans son travail et dans la vie. **A ma mère**, pour la sensibilité, qu'elle m'aura transmise et qui m'aide chaque jour à mieux comprendre les patients dans leurs combats.

A mes petites sœurs, Clo et Manu, à qui je ne dis pas assez que je les adore !

A Mamette, pour sa présence bienveillante tout au long des étapes importantes de ma vie.

A mes grands parents, mamie et grand père, j'espère que vous êtes fiers de moi, où que vous soyez.

A Jean-Louis, un modèle de rigueur dans le travail, inégalable ! Merci de m'avoir rendu l'écriture de cette thèse agréable à SB...

A ma meilleure amie, Solange, qui m'a soutenue tout au long de ces années et qui sait si bien me ramener sur terre !

A mes copines de toujours et pour toujours, Alice, Daphné, Louise, Clémence, Anne, Chloé.

Aux amis d'Amiens et de Paris, Marc-Antoine, Jean-Benoît, Jean-Baptiste, Charlotte, Jean B, Baptiste, Rishma, Julien, Sophie, Maxime, Astrid, Martin...

A mes Co-internes devenues amies, Charlotte, Alice, Myriam, Marie, Chiva, Gauthier.

A Claire, qui a été la meilleure copine des bancs de fac durant toutes ces années.

A Louise et Charlotte, pour leur relecture attentive et bienveillante.

A Isavel, pour sa disponibilité et son aide à la mise en page.

A Pierro, qui me rend la vie plus légère...et heureuse !

« Quand les gros sont maigres, il y a longtemps que les maigres sont morts. »

Lao-Tseu

TABLE DES MATIERES

<u>LISTE DES ABREVIATIONS</u>	9
I) <u>INTRODUCTION</u>	10
II) <u>MATERIEL ET METHODES</u>	13
2.1. <u>Mode de recueil des données</u>	13
2.2. <u>Mode de recrutement</u>	13
2.3. <u>Population étudiée</u>	14
2.4. <u>Structuration du guide d'entretien</u>	14
2.5. <u>Stratégies d'intervention durant l'entretien</u>	15
2.6. <u>Enregistrement et mode de retranscription</u>	15
2.7. <u>Conditions de production du discours</u>	15
2.8. <u>Nombre d'entretien</u>	15
2.9. <u>Analyse des données</u>	16
III) <u>PRESENTATIONS DES RESULTATS</u>	17
3.1. <u>Population de l'étude</u>	17
3.1.1. <u>Données sociodémographiques</u> : tableau 1	17
3.1.2. <u>Antécédents et traitements des patientes</u> : tableau 2	19
3.1.3. <u>Grades de la maladie</u> : tableau 3	20
3.2. <u>Caractéristiques des entretiens et conditions de production du discours</u>	21
3.3. <u>Organisation des résultats de l'analyse de contenu thématique</u>	22
3.3.1 <u>Le Parcours médical</u>	22
3.3.1.1. <u>Première consultation abordant le problème de dénutrition</u>	22
a)Intervenant médical de cette consultation	22
b) Dans quelles circonstances a lieu cette consultation ?	23
c)Motif de cette consultation	23
d) Quel motif de consultation pour quel intervenant ? Tableau 4	24
e)Le médecin généraliste a-t-il été consulté au préalable ?	25
f) Suivi médical ultérieur mis en place	25
3.3.1.2. <u>Intervenants ultérieurs réellement mis en place et suivi réalisé</u>	27

3.3.1.3.	<u>Les hospitalisations</u>	27
a)	Circonstances des « périodes de pré hospitalisation »	28
b)	Intervenants médicaux demandeurs de l'hospitalisation	29
c)	Durée d'hospitalisation	29
d)	Lieux des hospitalisations	30
e)	Changements liés aux « périodes de post hospitalisation » concernant le suivi	30
3.3.1.4.	<u>Prise en charge spécialisée pouvant s'articuler avec la dénutrition</u>	31
a)	Quel(s) spécialiste(s) ?	31
b)	Motifs de consultation	31
c)	Fréquence de suivi	33
d)	Action(s) concernant la dénutrition	34
3.3.1.5.	<u>Suivi médical actuel ou précédent l'hospitalisation</u>	36
a)	Les intervenants médicaux et paramédicaux	36
b)	Ancienneté de la mise en place du suivi	37
c)	Ressentis-satisfaction de la patiente concernant le suivi	37
3.3.1.6.	<u>Hospitalisation actuelle (concernant le groupe des patients du secteur nutrition de RPC, Garches)</u>	37
a)	Intervenants préconisant l'hospitalisation	37
b)	Motifs de l'hospitalisation	38
c)	Patiente volontaire pour l'hospitalisation ?	38
d)	Durée de l'hospitalisation actuelle	38
e)	Projet envisagé pour la suite de la prise en charge de la maladie	38
3.3.2.	<u>Les différents intervenants de la prise en charge</u>	39
3.3.2.1.	<u>Le psychiatre</u>	39
a)	Ressentis des patientes concernant leur psychiatre	39
b)	Représentations des patientes concernant leur psychiatre	44
3.3.2.2.	<u>Le nutritionniste-somaticien.</u>	45
a)	Ressentis des patientes concernant leur nutritionniste	45
b)	Représentations des patientes concernant cet intervenant	47
3.3.2.3.	<u>Le psychologue</u>	49
a)	Ressentis des patientes concernant leur psychologue	49
b)	Représentations des patientes concernant le psychologue	50
3.3.2.4.	<u>Le diététicien</u>	51
a)	Ressentis des patientes concernant leur diététicien	51
b)	Représentations des patientes concernant cet intervenant	51

3.3.2.5.	<u>Le médecin généraliste.</u>	51
a)	Ressentis des patientes concernant le médecin généraliste	51
b)	Représentations des patientes concernant cet intervenant	55
c)	Ce qu'il a pu apporter dans la prise en charge de la maladie, du point de vue des patientes	57
d)	Ce qu'il n'a pas pu apporter dans la prise en charge de la maladie	57
e)	Quel rôle joue le généraliste ?	58
f)	Quel rôle le médecin généraliste aurait-il pu jouer ?	58
g)	Moment où il aurait pu intervenir, au sein de la prise en charge ?	58
3.3.2	<u>L'entourage, les aidants</u>	59
3.3.3.1.	<u>Qualités des aidants au cours de la maladie</u>	59
3.3.3.2.	<u>Présence des aidants</u>	60
3.3.3.3.	<u>Influence de l'environnement et des aidants dans l'orientation du parcours de soins de l'anorexique mentale</u>	60
a)	Influence des aidants	60
b)	Influence de l'environnement	62
IV)	<u>SYNTHESE DES RESSENTIS ET REPRESENTATIONS DES PATIENTES CONCERNANT LES DIFFERENTS INTERVENANTS MEDICAUX DE LEUR PRISE EN CHARGE</u>	63
4.1.	<u>Ressentis concernant le psychiatre</u>	64
4.2.	<u>Représentations concernant le psychiatre</u>	66
4.3.	<u>Ressentis concernant le médecin nutritionniste</u>	66
4.4.	<u>Représentations concernant le médecin nutritionniste</u>	68
4.5.	<u>Ressentis concernant le médecin généraliste</u>	69
4.6.	<u>Représentations concernant le médecin généraliste</u>	71
V)	<u>DISCUSSION</u>	72
5.1.	<u>Place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'anorexie mentale</u>	72
5.2.	<u>Éléments d'explication justifiant la place du médecin généraliste, dans la prise en charge de l'anorexie mentale</u>	73
5.2.1.	Éléments d'explication supposés	73
5.2.2.	Éléments d'explication accordés par les patientes	75
5.3.	<u>Discussion des autres résultats de l'étude</u>	75
5.3.1	Première consultation où le problème de dénutrition est abordé	75
5.3.2	Intervenants ultérieurs réellement mis en place et suivi réalisé	77
5.3.3	Les hospitalisations	77
5.3.4	Prise en charge pouvant s'articuler à la dénutrition	77
5.3.5	Suivi médical actuel ou précédent l'hospitalisation	78

5.3.6	Influence de l'environnement dans l'orientation du parcours de soins	79
5.3.7	Autres questionnements	79
5.4.	<u>Forces et apports de l'étude</u>	79
5.5.	<u>Limites de l'étude</u>	80
VI)	<u>CONCLUSION</u>	82
VII)	<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	84
VIII)	<u>OUVRAGES METHODOLOGIQUES</u>	86
IX)	<u>ANNEXES</u>	87
9.1.	<u>Critères DSM-IV-TR de l'anorexie mentale</u>	87
9.2.	<u>Test de dépistage EAT 26</u>	88
9.3.	<u>Guide d'entretien</u>	89
9.4.	<u>Fiche de projet de thèse</u>	92
X)	<u>RÉSUMÉ</u>	95

LISTE DES ABREVIATIONS

TCA :	Trouble du Comportement Alimentaire
AM:	Anorexie Mentale
DSM-IV:	Diagnostic and Statistical Manual (4 ^{ème} édition)
RCP:	Hôpital Raymond Poincaré de Garches.
HAS :	Haute Autorité de Santé
IMC :	Indice de Masse Corporelle. Rapport du poids sur la taille au carré. Normal entre 20 et 25. Il permet une comparabilité inter et intra patients.
IMC :	Indice de Masse Corporel
E1 à E16 :	Entretiens numérotés arbitrairement de 1 à 16.
HDT :	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers.
CMME :	Centre des Maladies Mentales et de l'Encéphale.
AAH :	Allocation Adulte Handicapé.
ATCD :	Antécédent
MG :	Médecin Généraliste
SPDT :	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

I) INTRODUCTION

Au carrefour du psychique et du somatique, les troubles des conduites alimentaires retentissent sur ces deux versants selon une intensité pouvant aller jusqu'à engager le pronostic vital, à court, moyen et long terme. Ces troubles traduisent une détresse qu'il faut savoir reconnaître et prendre en charge de la manière la plus précoce, la plus objective et la plus adaptée possible (1).

L'anorexie mentale représente une entité au sein des troubles du comportement alimentaire qui se caractérise par le refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimal normal pour l'âge et pour la taille, par la peur intense de prendre du poids, par l'altération de la perception du poids ou par le déni de la gravité de la maigreur actuelle et par une aménorrhée chez les femmes post-pubères (2).

La prévalence de l'anorexie mentale était estimée entre 0.5% et 1% chez les femmes de la population générale, son incidence est de 8/100000 par an (3), touchant quasiment exclusivement les femmes (95 %) et toutes les classes sociales (4).

Les soins doivent être multidisciplinaires associant une prise en charge somatique, psychique, sociale et familiale. Les médecins généralistes ont pour mission de contribuer au dépistage, à l'instauration et au maintien de l'alliance thérapeutique dans cette prise en charge (5). Ils peuvent, s'ils le souhaitent et s'ils en ont les compétences, coordonner les soins, assurer la prévention secondaire et tertiaire voire soutenir les familles des malades (6) (7) (8). Ainsi, le médecin généraliste devrait être l'interlocuteur privilégié de ces patientes atteintes d'anorexie mentale. Les recommandations de bonnes pratiques de juin 2010, établies par l'HAS, sur la prise en charge de l'anorexie mentale, sont basées sur ce principe (9). Une des questions qui sous-tend ce travail est celle de savoir si le médecin généraliste a la possibilité d'assurer le rôle qu'on lui a attribué ? Autrement dit, la patiente anorexique consulte-t-elle le médecin généraliste ?

Tout d'abord, il semble y avoir une différence de prévalence de l'anorexie mentale entre la population générale et celle d'un cabinet de médecin générale.

De rares études concernant les troubles du comportement alimentaire ont été effectuées en population de médecine générale et une des limites retrouvées était le faible effectif de patients recrutés (10).

En 1990, 720 patients d'un cabinet médical, ont été interrogés avec l'EAT 26 (annexe 4), qui est une échelle de dépistage des TCA en population générale (11). Un score élevé est corrélé avec

un risque de TCA. Un entretien psychiatrique standardisé était proposé aux personnes ayant des scores normaux ou supérieurs au seuil. Puis, ceux qui avaient obtenu un score supérieur au seuil, étaient réévalués 12-18 mois et 24-30 mois plus tard. 71 avaient un score élevé ; parmi eux, 64 ont pu bénéficier de l'entretien. Un homme et six femmes souffraient de boulimie. 15 patientes avaient présenté un tableau incomplet de boulimie. Les taux de réponse aux deux réévaluations étaient respectivement de 89 et 78%. La prévalence de la boulimie était de 1% et montait jusque 4% en tenant compte des tableaux incomplets. Parmi ces patients, aucun cas d'anorexie mentale n'a été détecté.

En 1992, une étude de prévalence d'anorexie et de boulimie chez les femmes suivies en médecine générale a été conduite dans 3 cabinets anglais (12). 521 patientes consécutives ont complété un questionnaire diététique avec mention entre autre du poids. 17 patientes ont refusé l'enquête. Les patientes ayant répondu se voyait proposer un entretien avec le questionnaire DSM III-R modifié si elles avaient déclaré : un poids en dessous du 85^{ème} percentile, avoir des pertes de contrôle de prise alimentaire ou des variations de poids excessives. L'entretien a été proposé à 115 patientes. 14 le refusèrent ou ne purent être jointes. La moitié des cas de boulimie n'avait pas été identifiée par le médecin généraliste. Aucun cas d'anorexie mentale ne fut diagnostiqué lors de l'entretien. En revanche, parmi les patientes ayant refusé la participation à l'enquête, une était connue pour souffrir d'anorexie mentale. La prévalence de boulimie, des tableaux cliniques incomplets de boulimie et de l'anorexie mentale étaient respectivement de 2%, 5.4% et 0.2% (ce dernier en tenant compte des femmes ayant refusé l'enquête).

Ces études réalisées en soins primaires, ont souligné la différence de prévalence de l'anorexie mentale en population générale et en médecine générale. La patiente atteinte d'anorexie mentale ne consulterait pas ou peu le médecin généraliste.

Par ailleurs, d'autres études tendraient à infirmer cette hypothèse comme celle réalisée en Grande-Bretagne, qui montrait que les patients atteints de troubles du comportement alimentaire consultaient plus fréquemment leur médecin généraliste dans les 5 ans précédant le diagnostic, de façon significative, en comparaison avec un groupe témoin (13). Citons également, l'enquête NORMANUT II, qui est une enquête de prévalence des troubles nutritionnels chez les patients consultant en médecine générale, en Haute-Normandie et où l'anorexie, qu'elle soit mixte avec vomissement ou restrictive, concernait respectivement 0.9% et 1.3 % de l'ensemble des patients (chiffres supérieurs à ceux retrouvés en population générale) (14).

Ce travail a pour objectif de préciser le parcours de soins de ces patientes atteintes d'anorexie mentale. À partir du témoignage de ces patientes, nous tenterons de comprendre, quelle place occupe le médecin généraliste dans la prise en charge de cette pathologie. Puis en

recueillant les ressentis et représentations des patientes par rapport au différents intervenants de la prise en charge, nous tacherons d'étudier le processus par lequel le médecin généraliste intègre cette place.

II) MATERIEL ET METHODES

Ce travail constitue une approche qualitative sur le modèle des sciences sociales.

2.1. Mode de recueil des données

L'entretien individuel et semi-directif a été choisi en raison de la nécessité d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêtrice et l'enquêtée (la patiente) et en raison de la situation de rencontre et d'échange qu'il constituait. Il devait aboutir à une coproduction du discours au sein d'un rapport interpersonnel, d'une situation d'interaction et ainsi, soumettait le questionnement à la rencontre. Il s'agissait d'une enquête par entretien à usage exploratoire.

De plus, nous avons jugé qu'il était impossible d'interpréter les réponses en dehors de tout contexte discursif.

La question de leurs représentations concernant les différents intervenants médicaux est apparue dans un second temps, après la réalisation de six entretiens. De ce fait, ce travail pourrait être intégré dans le registre des enquêtes sur les représentations et les pratiques (ici, celles des patientes), nécessitant la production de discours modaux* et référentiels**.

2.2. Mode de recrutement

Des entretiens individuels ont été réalisés auprès de patientes atteintes d'anorexie mentale. Afin de constituer un échantillon raisonné, une partie des patientes a été recrutée au sein d'un service hospitalier. Il s'agissait de l'Unité de Nutrition Clinique TCA du Département de Médecine Aiguë Spécialisée de l'Hôpital Raymond Poincaré à Garches (92380). L'autre partie des patientes a été recrutée en ambulatoire, au Centre des Maladies Mentales et de l'Encéphale - Centre hospitalier Sainte Anne à Paris et dans un cabinet de médecine générale à Champigny-sur-Marne. L'ensemble du recrutement a été réalisé dans les limites de l'Ile-de-France, constituant un corpus diversifié en fonction de variables liées au thème.

2.3. Population étudiée

Initialement, la définition de la population à étudier s'est réalisée à l'aide de deux critères d'inclusion définis. Les patientes devaient être atteintes d'anorexie mentale ou présentant un passé personnel en lien avec cette pathologie, et vivre en Ile-de-France.

Le recrutement des patientes (constitution du corpus de l'enquête) a été réalisé de janvier 2013 à juillet 2013. Au sein de l'Unité de Nutrition Clinique de Garches, les patientes ont été suggérées par l'équipe soignante. Ce mode d'accès était un mode d'accès indirect. Pour ce groupe de patientes, les entretiens ont été réalisés au sein du service et au lit du malade.

La participation des patientes à ce travail était précédée d'un recueil de consentement éclairé des patientes elles-mêmes. Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien établie en novembre 2012 et qui a été modifié en mai 2012 avec incorporation de la question sur les représentations concernant les différents intervenants médicaux (annexe 2).

2.4. Structuration du guide d'entretien

Au début de l'entretien, des données sociodémographiques et concernant les antécédents médicaux ainsi que la sévérité de la maladie ont été recueillies. La suite de l'entretien était semi-dirigée et comprenait des questions ouvertes.

Dans un premier temps, les thèmes suivants ont été abordés : le suivi médical actuel avec ses modalités propres, le détail du parcours médical avec notamment la première consultation médicale où le problème de dénutrition est abordé et la suite chronologique de la prise en charge médicale avec mention des différentes hospitalisations éventuelles ainsi que le relais effectué vers le médecin généraliste s'il a lieu.

Dans un deuxième temps, les questions ouvertes tentaient de recueillir le ressenti des patientes et leurs représentations concernant les différents intervenants de la prise en charge médicale y compris le médecin généraliste, puis de réfléchir sur ce qu'a pu apporter le médecin généraliste ou sur ce qu'il n'a pas apporté dans la prise en charge.

Enfin, était abordée l'orientation de la patiente pour la suite de la prise en charge et l'existence d'influences extérieures éventuelles sur l'orientation de la prise en charge.

Nous attendions de la première partie de l'entretien, des données informatives (discours référentiel), de la seconde une réflexion (discours modal).

2.5. Stratégies d'intervention durant l'entretien

Il convenait d'utiliser des stratégies d'intervention adaptées à l'usage de ce guide pour favoriser la production d'un discours linéaire et structuré. A cette fin, lors du discours, deux stratégies d'intervention ont été privilégiées : la consigne*** et la relance**** (dont les différents types sont explicités dans l'ouvrage de sociologie intitulé « l'Entretien » (15)).

2.6. Enregistrement et mode de retranscription

Afin de ne pas déformer ou omettre des éléments dans la parole des patientes, tous les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement audio constituant une approche indirecte, et d'une retranscription mot à mot sous forme de dialogue, en essayant de respecter la ponctuation et le phrasé des patientes (méthode Verbatim).

2.7. Conditions de production du discours

Trois critères ont été retenus pour évaluer ces conditions :

- La réticence des patientes concernant l'entretien lui-même, perçue de manière subjective par l'enquêtrice.
- La fluidité des échanges entre l'enquêtrice et les patientes interrogées et
- Le temps accordé à l'entretien.

En présence de deux ou trois critères favorables, les conditions de production du discours ont été considérées comme bonnes. Si un seul critère était favorable, elles ont été considérées comme moyennes. Et si aucun des trois critères n'était favorable, elles étaient considérées comme mauvaises.

2.8. Nombre d'entretien

Le nombre des entretiens n'était pas défini à l'avance car il était déterminé par la saturation des données (16). La saturation des données était considérée comme obtenue lorsqu'au cours d'un entretien, aucune donnée nouvelle n'apparaissait.

2.9. Analyse des données

L'analyse du contenu des discours a été réalisée selon une analyse thématique. Pour ce faire, au fur et à mesure de l'analyse, les données ont été regroupées par thèmes au sein d'un classeur Excel.

Sur ce dernier, ont été prédéfinies les différentes rubriques thématiques ; puis au fur et à mesure de l'analyse catégorielle thématique de chaque entretien, les éléments complémentaires ont été renseignés.

Cette analyse qualitative s'est inspirée de la théorie ancrée (ou « Grounded theory ») de GLASER et STRAUSS (17). L'objectif était de préciser une théorie à partir d'éléments existants au sein des témoignages des patientes.

*Discours modal : discours qui tend à traduire l'état psychologique du locuteur

**Discours référentiel : discours qui décrit l'état des choses.

***Consigne : intervention directrice qui introduit un nouveau thème.

****Relance : sorte de paraphrase plus ou moins déductive et plus ou moins fidèle, intervention subordonnée, qui s'inscrit dans la thématique développée par l'interviewé.

III) PRESENTATION DES RÉSULTATS

3.1. Population de l'étude

De janvier 2013 à juillet 2013, 16 entretiens de patientes atteintes d'anorexie mentale, ont été réalisés. 10 ont eut lieu au cours d'une hospitalisation pour prise en charge nutritionnelle, dans le secteur de Nutrition Clinique TCA du Département de Médecine Aiguë Spécialisée de l'Hôpital Raymond Poincaré à Garches (92380). Les 6 restants ont été réalisés en ambulatoire, pour 5 d'entre eux, au Centre des Maladies Mentales et de l'Encéphale - Centre Hospitalier Sainte Anne à Paris et pour 1 d'entre eux, dans un cabinet de médecine générale à Champigny sur Marne. L'ensemble du recrutement s'est réalisé dans les limites de l'Ile-de-France.

Les patientes ont toutes été interrogées sur les conseils de l'équipe médicale, du psychiatre ou du médecin généraliste. Le consentement des patientes avait été recueilli au préalable.

100% des patients interrogés sont des femmes.

Toutes ont accepté l'enregistrement vocal.

Toutes les patientes avaient un médecin traitant déclaré. Ces derniers étaient tous médecins généralistes et 2 d'entre eux étaient également nutritionnistes.

3.1.1. Données sociodémographiques de la population :

Tableau 1

E	AGES	LIEUX DE RESIDENCE	ACTIVITES PROFESSIONNELLES	MODES DE VIE
E01	22 ans	Paris (75)	Etudiante	Célibataire. Sans enfant. Vit au domicile parental.
E02	23 ans	Paris (75)	Etudiante	En couple. Sans enfant. Vit en concubinage, en appartement.
E03	50 ans	Garches (92380)	Sans emploi. Retraite anticipée.	Célibataire. Sans enfant. Vit seule en appartement.
E04	30 ans	Paris (75)	En recherche d'emploi dans l'environnement.	Célibataire. Sans enfant. Vit seule en appartement.
E05	42 ans	Paris (75)	Sans emploi. RSA. AAH	Célibataire. Sans enfant. Vit au domicile parental.
E06	19 ans	Paris (75)	Etudiante	En couple. Sans enfant. Vit au domicile parental actuellement.

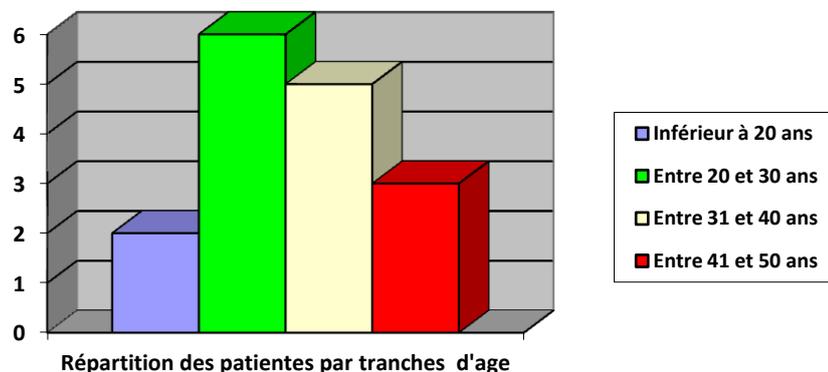
E07	45 ans	Paris(75)	Sans emploi. AAH, aide financière de son compagnon	En couple. Sans enfant. Vit seule en appartement.
E08	39 ans	Paris (75)	Assistante Ressources humaines	Célibataire. Sans enfant. Vit seule en appartement.
E09	34 ans	Montrouge (92120)	Professeur de Français	Célibataire. Sans enfant. Vit seule en appartement.
E10	31 ans	Paris (75)	Juriste	En couple. Sans enfant. Vit en concubinage, en appartement.
E11	31 ans	Vélizy (78140)	Technicienne de laboratoire	Mariée. 4 enfants. Vit au domicile familial.
E12	29 ans	Paris(75) et Bonn (Allemagne)	Etudiante	Célibataire. Sans enfant. Vit seule en foyer d'étudiant.
E13	31 ans	Mantes la Jolie (78200)	Télé conseillère (mi temps thérapeutique)	Mariée. Sans enfant. Vit au domicile familial.
E14	21 ans	Paris (75)	Etudiante	Célibataire. Sans enfant. Vit au domicile parental.
E15	20 ans	Paris (75)	Etudiante	Célibataire. Sans enfant. Vit seule en chambre d'étudiant.
E16	18 ans	Villiers sur marne (94350)	Bachelière en 2013, étudiante en 2013-2014	Célibataire. Sans enfant. Vit au domicile parental.

*Hospitalisées : E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E11 (n : 10)

*Ambulatoires : E8, E12, E13, E14, E15, E16 (n : 6)

- La moyenne d'âge était de 30 ans et 3 mois.

Figure 1



3.1.2. Antécédents-traitements des patientes :

Tableau 2

E	AUTRES ATCD	TRAITEMENTS
E1	Ostéoporose (conséquence nutritionnelle) Syndrome dépressif	Nutrition entérale/ Venlafaxine/ supplémentation vitaminique et potassique
E2	Aucun	Nutrition entérale/ Contraception oestro progestative/ supplémentation vitaminique
E3	Ostéoporose (conséquence nutritionnelle)	Nutrition entérale/ Supplémentation vitaminique
E4	Aucun	Nutrition entérale/ Alprazolam/ Cyamémazine/ potassium/Vitamine D/calcium/Olanzapine
E5	Ostéoporose (conséquence nutritionnelle) Hernie discale Troubles graves de la personnalité	Nutrition entérale/ Lorazepam/ Bromazepam/Quétiapine/ potassium
E6	Aucun	Nutrition entérale/Alprazolam/Hydroxyzine/ potassium/phosphore
E7	Ostéoporose (conséquence nutritionnelle) Syndrome dépressif	Nutrition entérale/ Alprazolam/ Venlafaxine/ supplémentation vitaminique
E8	Ostéoporose fracturaire (conséquence nutritionnelle) Spasmophilie/ Salmonellose dans l'enfance/ Mononucléose/ appendicite/ coqueluche/ syndrome dépressif/ 3 tentatives de suicide	Venlafaxine/ Zopiclone/ Hydroxyzine/ Cyprotérone
E9	Syndrome dépressif	Nutrition entérale/ Miansérine/ Hydroxyzine/ Zopiclone/ potassium
E10	Ostéoporose (conséquence nutritionnelle)	Nutrition entérale/ supplémentation vitaminique
E11	Aucun	Nutrition entérale/ potassium/ phosphore/ supplémentation vitaminique
E12	Hypothyroïdie	Calcium/ vitamine D/Levothyrox

E13	Syndrome dépressif/ Tentative de suicide	Venlafaxine/ Alprazolam/ Hydrxyzine
E14	Alopécie	Supplémentation vitaminique/ contraception oestro progestative
E15	Acné	Calcium/ vitamine D/ Zinc
E16	Constipation, allergie au pollen	Calcium/Vitamine D

3.1.3. Grades de la maladie :

Tableau 3

E	IMC	NADIR d'IMC	ANCIENNETE des troubles	NOMBRE d'hospitalisations antérieures	DUREE TOTALE des hospitalisations antérieures	BOULIMIE+/- conduites purgatives
E1	10.9	10.1	5 ans	6	2 ans et 7 mois	Non
E2	15.1	13.9	3 ans	3	3 mois et 25 jours	Non
E3	14.8	10.7	12 ans	3	2 mois et 1 semaine	Non
E4	13.6	9.7	15 ans	5	7 mois et 1 semaine	Vomissements
E5	14.9	11.4	26 ans	2	3 semaines et 2 jours	Boulimie + vomissements
E6	13.0	10.2	7 mois	2	1 mois et 1 semaine	Non
E7	14.6	11.6	10 ans	6	10 mois et 3 semaines	Non
E8	17.2	11.9	22 ans et demi	3	7 mois et 2 semaines	Boulimie + vomissements
E9	11.0	8.8	20 ans	2	3 ans et 6 mois	Boulimie + vomissements
E10	13.8	12.0	14 ans et demi	2	2 mois	Non
E11	13.2	10.8	5 ans	3	5 mois	Non
E12	17.4	17.4	1 an et demi	0	0	Non
E13	19.1	17.1	3 ans	3	1 an, 1 mois et 1 semaine	Vomissements
E14	15.3	13.5	10 ans	1	4 jours	Non
E15	21.3	13.5	5 ans	1	2 mois et demi	Boulimie + vomissements
E16	17.7	14.5	2 ans et demi	0	0	Non

- L'IMC moyen était de 15.2 (13.4 pour les patientes hospitalisées et 18 pour les patientes ambulatoires)
- Le Nadir IMC moyen était de 12.3.
- L'ancienneté moyenne des troubles était de 9 ans et 7 mois.

- Le nombre moyen d'hospitalisations antérieures était de 2.6.
- La moyenne de la durée totale des hospitalisations antérieures était de 8 mois et 1 semaine.
- 6 patientes sur 16, soit 37.5%, présentaient des conduites purgatives à type de vomissements, dont 4 patientes, soit 66 % des 37.5%, présentaient également des crises de boulimie régulières.

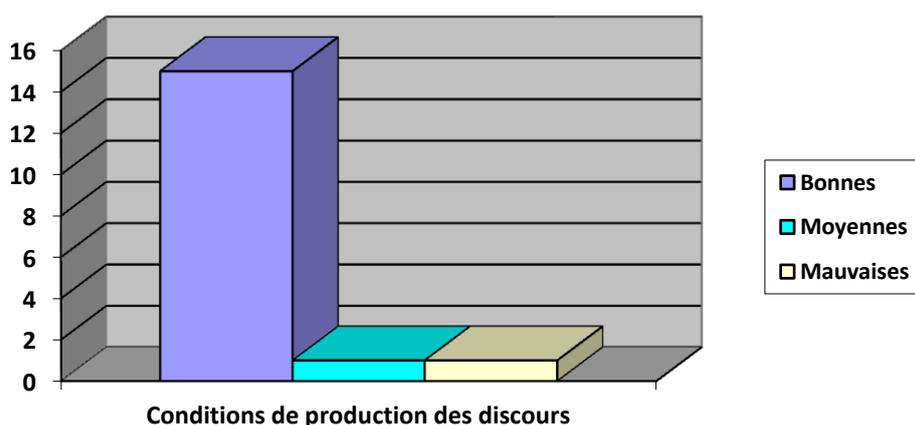
3.2. Caractéristiques des entretiens et conditions de production des discours

Les entretiens se sont déroulés dans divers lieux. Pour les patientes hospitalisées dans l'Unité de Nutrition Clinique de l'Hôpital RPC, les entretiens ont eu lieu au lit des patientes ; pour les patientes ambulatoires, ils ont eu lieu, soit dans un bureau de consultation de la CMME, soit au cabinet de Dr Maury (médecin généraliste).

Ils ont duré de 29 minutes à 2 heures 3 minutes. La durée totale des entretiens était de 13 heures 50 minutes.

Le nombre de ces entretiens a été déterminé par la saturation des données. Elle a été obtenue concernant les ressentis et représentations des patientes envers les intervenants du parcours de soin mais elle n'a pas été obtenue concernant le parcours médical.

Figure 2



- Les conditions sont considérées comme bonnes pour 14 entretiens, moyennes pour 1 entretien et mauvaises pour 1 entretien.

3.3. Organisation des résultats de l'analyse de contenu thématique

L'analyse de contenu thématique a permis d'organiser les discours des patientes en 3 axes principaux, en 3 rubriques thématiques :

- **Le parcours médical** : regroupe les éléments relatifs à la première consultation médicale où le diagnostic de dénutrition a été abordé, au suivi ultérieur mis en place, aux différentes hospitalisations, aux changements liés aux « périodes de post-hospitalisation » et au suivi médical actuel ou précédant l'hospitalisation. Puis, il regroupe également les éléments relatifs à l'hospitalisation actuelle pour le groupe de patientes recrutés dans le secteur de Nutrition de RPC, à Garches.
- **Les différents intervenants de la prise en charge** : regroupe les éléments du discours relatifs aux ressentis et aux représentations des patientes concernant leur psychiatre, leur nutritionniste-somaticien, leur diététicien, leur psychologue et leur médecin généraliste ; avec ce qu'a pu apporter ce dernier dans la prise en charge de la maladie.
- **L'entourage, les aidants** : regroupe les éléments du discours relatifs à l'environnement des patientes. Leurs qualités et leurs présences ont été abordées par les patientes ainsi que l'influence que l'environnement pouvait jouer dans l'orientation de leur parcours de soins.

3.3.1. Le parcours médical

3.3.1.1. Première consultation abordant le problème de dénutrition

a) Intervenants médicaux de cette consultation

Le médecin généraliste de l'époque a été cité lors de 6 entretiens. Nombreux autres spécialistes ont été également cités, comme le psychiatre, le gynécologue, l'endocrinologue, le gastro-entérologue, le médecin du travail, le dermatologue et le médecin du sport.

Dans un seul cas, la patiente a d'abord consulté un gynécologue, avant d'être adressée chez l'endocrinologue où le problème de dénutrition a été abordé.

b) Dans quelles circonstances a lieu cette consultation ?

Concernant le temps écoulé entre le début des troubles et cette consultation, les réponses variaient pour la plupart entre 1 mois et 1 an. Le délai le plus long était de 8 ans après le début des troubles et la consultation qui avait lieu était une consultation de médecine du travail annuelle. D'autres délais intermédiaires ont été rapportés : 5ans, 4 ans, 2 ans. Les délais concernant les 6 patientes pour lesquelles le problème de dénutrition a été abordé par le médecin généraliste étaient respectivement de 2 mois, 6 mois, 7 mois, 1 an, 2 ans, 4 ans.

Concernant la perte de poids effective au moment de cette consultation, elle variait de 4 à 20 kg.

c) Motif de cette consultation.

Les patientes interrogées ont largement cité, comme motif de consultation, l'inquiétude des proches et notamment l'inquiétude parentale concernant le comportement alimentaire et l'état nutritionnel de leur enfant.

« Ma mère était super inquiète, elle en dormait plus la nuit, elle était tout le temps stressée quand elle m'adressait la parole...donc j'ai fini par aller voir le médecin tellement elle tenait plus... » E8

Certaines patientes ont décrit une prise de conscience partielle des troubles du comportement alimentaire et notamment de la phase de restriction alimentaire, devenant anxiogène.

« Je me rendais compte que cela devenait bizarre de pouvoir réciter repas par repas, ingrédient par ingrédient et avec le nombre de calories associé, ce que j'avais mangé sur une semaine... » E12

« L'anorexie mentale était devenue trop importante » E11

La souffrance morale, le mal-être a été cité à 2 reprises.

Les autres motifs de consultation ont été :

L'aménorrhée secondaire, des douleurs abdominales, des douleurs dorsales un suivi psychiatrique de trouble de l'humeur, une consultation annuelle à la médecine du travail un certificat médical de sport, une alopecie, un motif indéterminé (la patiente a été adressée par le gynécologue chez un endocrinologue sans savoir pourquoi, selon elle).

« Oui, je n'avais plus mes règles...on m'a dit après que c'était en lien avec un dérèglement hormonal...et encore après que c'était en lien avec ma perte de poids » E13

« C'était des douleurs bizarres, un ballonnement permanent... » E1

« Il ne m'a trop rien dit, j'étais venue le voir parce qu'il était gynéco et que j'avais un problème de règles et il m'envoie chez un spécialiste des hormones. »E2

d) Quel motif de consultation pour quel intervenant ?

Tableau 4

MOTIFS DE CONSULTATION	INTERVENANTS CONSULTES
Inquiétude des proches	Médecin généraliste (2) Psychiatre (2) Médecin du sport (1) (contexte de sport étude)
Prise de conscience partielle des troubles de la part de la patiente	Médecin généraliste (3)
Souffrance morale	Médecin généraliste (2)
Aménorrhée secondaire	Gynécologue (2)
Douleurs abdominales	Gastro-entérologue (1)
Douleurs dorsales	Médecin généraliste (1)
Suivi de trouble de l'humeur	Psychiatre (1)
Consultation annuelle à la médecine du travail	Médecin du travail (1)
Certificat médical de sport	Médecin généraliste (1)
Alopécie	Dermatologue (1)
Motif indéterminé	Endocrinologue (1)

e) Le médecin généraliste, a-t-il été consulté au préalable ?

Pour répondre à cette question, n'étaient prises en compte que les réponses des patientes ayant eu une consultation où le problème de dénutrition a été abordé, avec un autre intervenant que le médecin généraliste.

Certaines patientes interrogées n'avaient pas consulté au préalable le médecin généraliste.

« *Je n'étais jamais malade.* » E2

« *Comme mon médecin traitant était parti à la retraite...* » E2

Seulement 3/10 l'avaient consulté au préalable

« *Oui, oui, je vous assure, je le voyais toutes les semaines, c'était mon compagnon qui voulait...* » E7

« *Oui, tous les 3 mois, pour renouveler ma pilule...* » E14

« *Oui, mes parents étaient inquiets, du coup on y est allés...et là, j'ai évoqué le stress...et il n'a pas pensé au TCA.* » E15

f) Suivi médical ultérieur mis en place

Le suivi médical préconisé par l'intervenant ayant réalisé la consultation où les troubles du comportement alimentaire sont abordés était très variable.

Huit patientes rapportent la mise en place ou la poursuite d'un suivi psychiatrique. A ce sujet, il a été retenu les mots d'une patiente qui avait consulté un médecin généraliste et demandant elle-même à voir un psychiatre:

« *C'est marrant, mais c'est vrai que j'avais l'impression que c'était moi qui disait 'mais si, j'ai cette maladie...Et je veux voir un spécialiste !'* » E12

Trois patientes nous ont évoqué la mise en place d'un suivi nutritionnel auprès d'un médecin nutritionniste.

Une patiente fut adressée à un médecin généraliste, ayant consulté au préalable un gynécologue.

Quatre patientes évoquent l'absence de suivi spécifique. Parmi ces patientes, 2 d'entre elles avaient consulté un médecin généraliste ; à noter que l'une d'entre elle a précisé qu'il était convenu avec le médecin généraliste de poursuivre le suivi avec ce dernier. Les 2 patientes restantes avaient eu une consultation respectivement avec un gastro-entérologue et un médecin du travail.

Il était à noter que sur les 6 patientes ayant abordé la pathologie nutritionnelle avec le médecin généraliste, 5 d'entre elles étaient incitées à poursuivre le suivi avec le médecin généraliste lui-même.

Une patiente a rapporté un suivi mis en place associant suivi psychiatrique, psychologique avec psychologue et suivi diététique.

Tableau 5

INTERVENANTS LORS DE LA 1ere CONSULTATION OU LE PROBLEME DES TCA EST ABORDE	SUIVIS PRECONISES
Médecins généralistes (6)	Psychiatrique (3) Psychologique (1) Diététique (1) Nutritionnel avec médecin nutritionniste (1) Médecins généraliste (5) 0 (1)
Gastro-entérologue (1)	0
Dermatologue (1)	Psychiatrique (1)
Gynécologue (2)	Médecin généraliste (1) Psychiatrique (1)
Médecin du sport (1)	Nutritionnel avec médecin nutritionniste (1)
Médecin du travail (1)	0
Endocrinologue (1)	Nutritionnel avec médecin nutritionniste (1)
Psychiatre (3)	Psychiatrique (3)

3.3.1.2. Intervenants ultérieurs réellement mis en place et suivi réalisé

Le suivi préconisé n'était pas toujours celui réalisé. Seulement 4 patientes sur 6 ont réalisé le suivi préconisé.

Pour les 12 autres patients, 5 types d'évolution de suivi ont été mis en évidence :

- Evolution vers un suivi spécialisé (psychiatrique, en médecine générale ou nutritionnel avec un médecin nutritionniste) alors qu'aucun suivi spécifique n'avait été préconisé. Les coordonnées des nouveaux intervenants avaient été renseignées pour la plupart, par des connaissances de la patiente. Pour une des patientes, cette évolution s'est faite 7 ans et demi après la première consultation où le problème de dénutrition a été abordé.
- Evolution vers d'autres modalités de suivi (hospitalisation en service psychiatrique ou de soins somatiques décidée par l'intervenant préconisé, étayage de suivi préconisé avec une thérapie familiale ou un suivi diététique).
- Evolution vers le suivi préconisé puis arrêt de celui-ci.

Les patientes ont réalisé la ou les consultations auprès des intervenants préconisés mais une seule fois et ce pour diverses raisons :

« Je suis allé voir ce médecin généraliste mais alors... Psychologie zéro ! » E16

« Je me sentais bien alors je n'allais pas faire perdre leur temps à la diététicienne, à la psychologue et encore moins à la psychiatre. » E11

- Evolution vers une hospitalisation non prévue impactant le suivi préconisé. Plusieurs causes ont été citées : Malaise, coma hypoglycémique, troubles ioniques, tentative de suicide.
- Evolution vers le suivi préconisé mais arrêt du suivi avec le médecin généraliste.

« Bah, j'étais déjà suivi à droite à gauche, alors juste pour qu'il vérifie que j'aie à mes RDV... » E12

A ce stade du parcours de soins, 4 patientes sur 16 consultaient leur médecin généraliste comme un intervenant préconisé pour la prise en charge de l'anorexie mentale.

3.3.1.3. Les hospitalisations

Ce thème concernait les patientes ayant eu au moins une hospitalisation en rapport avec l'anorexie mentale, soit 14 patientes sur 16. Au total, elles comptabilisaient 39 situations

d'hospitalisation. 28 ont été réalisées en service de soins somatiques et 11 en service de psychiatrie.

a) Circonstances des « périodes de pré hospitalisation »

- En rapport avec les hospitalisations en service de soins somatiques :

La dénutrition, dénutrition sévère et la perte de poids ont été les termes les plus largement cités par les patientes pour décrire leur état. Certaines d'entre elles connaissaient leurs IMC, ils variaient de 10.5 à 13.9.

Cette dénutrition, parfois extrême était liée, pour certaines d'entre elles, à une altération de l'état général, un épuisement physique et psychique.

« *Je me sentais très fatiguée, je sentais bien que je ne pouvais plus continuer comme ça...* » E06
« *Rien que de me retourner dans mon lit, j'avais beaucoup de mal et des palpitations me réveillaient...* » E11
« *Je n'arrivais plus à gérer les colères de mes enfants...je ne gérais plus rien du tout.* » E11
« *J'étais épuisée moralement...* » E07

D'autres évoquaient, au contraire la persistance d'une hyperactivité physique.

« *J'avais la pêche ! Je faisais plein de trucs, j'allais partout à pied...* » E09

De façon plus isolée, les patientes ont évoquées des anomalies biologiques, un état de mal boulimique et des malaises.

« *On m'a envoyée à l'hôpital parce que j'avais des analyses catastrophiques, il semblerait que j'avais un problème au foie...* » E07

Une patiente avait été admise en service de Réanimation Nutritionnelle à la suite d'un coma hypoglycémique, une autre pour suspicion de syndrome de renutrition inapproprié et une autre pour poursuite de prise en charge d'une fracture du col du fémur en lien avec une ostéoporose sévère.

- En rapport avec les hospitalisations en service psychiatrique :

Un relais d'une structure de soins somatiques vers la prise en charge psychiatrique constitue l'essentiel des circonstances de pré hospitalisation. La dénutrition, la perte de poids et l'altération de l'état général ont également été citées. Une patiente avait été hospitalisée en psychiatrie lors d'un état de mal boulimique.

b) Intervenants médicaux préconisant l'hospitalisation.

- En rapport avec les hospitalisations en service de soins somatiques :

Les médecins travaillant au sein du service de soins somatiques d'accueil (médecins nutritionnistes, pédiatres, internistes) étaient considérés d'emblée comme ayant préconisé l'hospitalisation.

A ces somaticiens, s'associaient de façon variable d'autres spécialistes comme le médecin généraliste (8 occurrences), le psychiatre (5 occurrences), l'urgentiste, le gynécologue et le dermatologue.

- En rapport avec les hospitalisations en service psychiatrique :

De même, les psychiatres exerçant au sein du service psychiatrique d'accueil étaient considérés d'emblée comme ayant préconisé l'hospitalisation.

A ces psychiatres, s'associaient de façon variable d'autres spécialistes comme le médecin généraliste, l'urgentiste, dans le cadre particulier d'une tentative de suicide), le médecin nutritionniste et le psychiatre, mais celui-ci, n'exerçant pas dans la structure d'accueil.

Dans le cadre d'une poursuite de prise en charge, d'un relais à la suite d'une hospitalisation en service de soins somatiques, le médecin somaticien avait également préconisé l'hospitalisation en psychiatrie.

c) Durée des hospitalisations

Les hospitalisations en service de soins somatiques variaient de 2 jours et 4 mois, leur durée moyenne était de 1 mois et 6 jours. Les hospitalisations en service de psychiatrie variaient de 1 mois à 1 an, leur durée moyenne était de 4 mois et 25 jours.

d) Lieux des hospitalisations

Les hospitalisations en psychiatrie avaient lieu, pour la plus part au sein de services spécialisés dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire. Ces services se situaient, en majorité, en Ile-de-France. Un seul était situé à Nantes.

Les lieux d'hospitalisation pour prise en charge nutritionnelle et somatique étaient plus variés. Etaient retrouvés un service de Réanimation Nutritionnelle (RPC), 2 services de Réanimation Polyvalente (un à Paris et un en région parisienne), 1 service parisien de Médecine Interne, 1 service parisien d'Hépatologie, 2 services de Pédiatrie Générale (un à Paris et un à Verdun), 3 services d'Urgences d'Ile-de-France.

e) Changements liés aux « périodes de post hospitalisation » concernant le suivi

En période de post-hospitalisation, de nombreux remaniement concernant le suivi de ces patientes étaient constatés. Plusieurs changements étaient remarquables.

Premièrement, le suivi post-hospitalisation comportait, l'ajout du suivi réalisé par l'intervenant principal lors de l'hospitalisation et ce fait s'est retrouvé autant en sortant d'un service de psychiatrie que d'un service de soins somatique.

Deuxièmement, la mise en place d'un suivi ambulatoire en hôpital de jour psychiatrique a été le cas pour 4 patientes, dont 3 sortaient d'un service de psychiatrie et une d'un service de soins somatiques. Ce suivi ne s'accompagnait pas d'un suivi conjoint avec le médecin généraliste dans 3 cas sur 4.

Troisièmement, la reprise d'un suivi avec le médecin généraliste était réalisée dans 8 cas sur 14. Le renforcement de ce suivi en terme de fréquence était observé dans 2 autres cas. Une patiente a été adressée à un médecin généraliste et nutritionniste à la sortie de son hospitalisation en psychiatrie.

De façon plus isolée, les sorties d'hospitalisations contre avis médical (2 cas) s'accompagnaient d'un suivi par le médecin généraliste avec une fréquence de consultation d'une fois par mois.

- Une thérapie familiale avait été proposée par les services de psychiatrie dans 2 cas.
- L'absence de tout suivi a été rapportée dans 1 cas.
- Un suivi associatif a été rapporté dans un cas.
- Une clinique médicale pédagogique a été proposée dans un cas.

3.3.1.4. Prise en charge spécifique pouvant s'articuler avec la dénutrition

Au fur et à mesure de la réalisation des entretiens, de plus en plus d'intervenants, autres que le médecin généraliste, le psychiatre et le médecin nutritionniste étaient mis en avant par les patientes.

a) Quel(s) spécialiste(s) ?

Ces différents intervenants étaient rencontrés à divers moments dans la prise en charge des patientes. Il s'agissait, pour la majorité de gynécologues. Ensuite, une part non négligeable était représentée par les Médecins du travail et les dentistes. Puis viennent les anesthésistes, le gastro-entérologue, le médecin du sport, l'endocrinologue, le dermatologue, le médecin du sport, l'obstétricien et l'infirmière scolaire.

b) Motifs de consultation

❖ Pour le gynécologue :

Les motifs de consultation de ces spécialistes étaient de 3 types :

Le premier et le plus largement cité par les patientes était l'aménorrhée secondaire puis la « consultation de routine, annuelle ».

« J'avais en fait des dérèglements hormonaux, je n'avais plus mes règles depuis bien longtemps... » E02

« Oui, j'y allais, comme tout le monde, une fois par an, si vous voulez....Pour le frottis et compagnie... » E07

Enfin le troisième était, de façon plus particulière, le suivi systématique préconisé par un médecin généraliste exerçant en Allemagne.

« Il m'avait donné comme une ordonnance où il avait coché la case « suivi dans le cadre d'une anorexie mentale » E12

Le statut nutritionnel de ces patientes, au moment des consultations, n'a pas systématiquement été rapporté par les patientes mais certaines ont fait part d'une perte de poids conséquente.

« Oh, je faisais le même poids qu'aujourd'hui...Aujourd'hui, j'ai un IMC à 14, c'est ça ? » E07
« C'était 6 mois après le début de mes troubles alimentaires, j'avais déjà perdu 20 Kg. » E11

❖ Pour le dentiste :

3 patientes ont rapporté avoir consulté le dentiste pour un suivi de routine.

Parmi ces 3, une précisera :

« Je voulais m'assurer que les vomissements n'abîmaient pas mes dents parce que j'en avais entendu parler... » E13

2 patientes l'ont consulté pour des déchaussements dentaires.

❖ Pour le Médecin du travail :

Les motifs de consultation avec le médecin du travail étaient une consultation obligatoire dans le cadre de leur exercice professionnel, « des difficultés relationnelles au travail » ou un reclassement professionnel, en raison de la prise d'un traitement psychiatrique lourd.

❖ Pour l'anesthésiste :

Une patiente l'avait consulté avant une chirurgie pour une ostéosynthèse d'une fracture du col du fémur sur ostéoporose sévère. Une autre l'avait rencontré lors d'une consultation pré-anesthésique pour une chirurgie d'hernie discale.

❖ Pour le dermatologue :

Une patiente l'avait consulté pour un avis étiologique et prise en charge thérapeutique d'une alopecie.

❖ Pour l'obstétricien :

Une patiente l'avait consulté pour un suivi de grossesse. Celle-ci avait décompensé ses troubles du comportement alimentaire lors de sa 3^{ème} grossesse.

❖ Pour l'endocrinologue :

Une patiente l'avait consulté pour un « motif indéterminé » car envoyée par son gynécologue.

« Il ne m'a trop rien dit, j'étais venue le voir parce qu'il était gynéco et que j'avais un problème de règles et il m'envoie chez un spécialiste des hormones. »E2

❖ Pour le médecin du sport :

Une patiente, accompagnée de sa mère l'avait consulté devant l'inquiétude parentale concernant l'amaigrissement de leur fille et son comportement alimentaire. Cette patiente évoluait, à cette époque, dans le cadre d'un sport étude de gymnastique.

❖ Pour le gastro-entérologue :

Une patiente l'avait consulté pour des douleurs abdominales persistantes.

❖ Pour l'infirmière scolaire :

L'infirmière scolaire avait remarqué la jeune patiente et l'avait convoquée.

c) Fréquence de suivi

❖ Pour le gynécologue :

4 Patientes ont consulté le gynécologue pour aménorrhée secondaire, quelques mois après le début des troubles du comportement alimentaire et à raison d'une seule fois. 3 patientes avaient un suivi régulier comportant une à deux consultations par an pour un suivi habituel. Enfin une dernière patiente avait consulté 2 fois son gynécologue avant que ce dernier ne déménage.

❖ Pour le dentiste :

Les 3 patientes consultant le dentiste pour un suivi habituel, de routine, la fréquence de suivi était d'une fois par an. Les 2 patientes consultant le dentiste pour des déchaussements dentaires, la fréquence de suivi était variable mais plus soutenue.

❖ Pour le médecin du travail :

La fréquence de suivi était d'une fois par an et d'une fois tous les 2 ans pour les 2 patientes ayant rencontré le médecin du travail lors de consultations obligatoires. Pour les 3 autres patientes ayant consulté pour « difficultés relationnelles dans le cadre de leur exercice » et reclassement professionnel, la fréquence de suivi était variable et plus soutenue.

❖ Pour le dermatologue :

La fréquence de suivi était d'une fois par mois.

❖ Pour l'obstétricien :

La fréquence de suivi n'a pas varié du suivi d'une grossesse normale.

❖ Pour l'endocrinologue, le médecin du sport, le gastro-entérologue et l'infirmière scolaire :

Les patientes ont rencontré l'intervenant en question une seule fois, au début des troubles alimentaires.

d) Action(s) concernant la prise en charge de la dénutrition.

❖ Pour les gynécologues :

La démarche rapportée par les patientes et la plus représentée concernant la prise en charge de la pathologie était la mise sous traitement hormonal. A deux reprises, les gynécologues ont dépisté les troubles du comportement alimentaire et à deux reprises également, ils ont préconisé l'hospitalisation pour prise en charge nutritionnelle. Les patientes interrogées ont également cité les termes « d'éducation », « d'information », concernant leur maladie et les conséquences de la dénutrition sur le plan gynécologique. Un gynécologue a adressé une patiente chez un endocrinologue. Dans deux cas, les patientes rapportent l'absence d'action concernant la dénutrition.

« Pourtant, la gynéco, la première chose qu'elle fait, c'est vous peser et vous voir en petite tenue... » E07

❖ Pour les dentistes :

Les actions ont, semble-t-il, été variables.

Un dentiste a procédé aux remplacements dentaires. La patiente l'ayant consulté a eu ces mots :

« Il a bien fait son travail mais c'est tout... » E05

Un dentiste a procédé à la vérification de l'absence de séquelle en lien avec les vomissements.

« C'est parce que je suis venue et je lui ai demandé clairement de me dire s'il y avait des soucis à ce niveau là » E13

Un dentiste a abordé le sujet de la dénutrition avec la patiente. Dans deux autres cas, les patientes rapportent l'absence d'action concernant la dénutrition, mais 1 des 2 dentistes connaissait l'existence d'un suivi nutritionnel.

❖ Pour les médecins du travail :

Dans deux cas, les médecins du travail ont déclaré « inaptes au travail » les patientes. Dans 3 autres cas, les patientes rapportent l'absence d'action concernant la dénutrition.

Evoquant l'un de ces derniers cas, une patiente a eu ces mots :

« Il ne m'a pas déclaré « inapte au travail » alors que j'avais un IMC à 13...Normal j'étais hyperactive, ça arrangeait bien ma supérieure... » E10

❖ Pour le dermatologue :

Concernant cet intervenant, la patiente a employé les termes de dépistage, d'éducation de la maladie, de coordination des soins et de prévention.

❖ Pour l'infirmière scolaire :

La patiente a rapporté le fait qu'elle se soit assurée de la présence d'un suivi adapté, en précisant :

« De toute façon, j'étais tellement fermée qu'elle ne pouvait rien faire d'autre pour moi...elle a appelé ma mère pour en savoir plus parce que j'étais une tombe. » E16

❖ Pour l'endocrinologue, le médecin du sport, le gastro-entérologue :

Ces différents intervenants ont eu une action de dépistage des troubles.

❖ Pour l'obstétricien et les anesthésistes :

Les patientes ont rapporté l'absence d'action concernant la dénutrition et les troubles du comportement alimentaire.

3.3.1.5. Suivi médical actuel ou précédant l'hospitalisation

a) Les intervenants médicaux et paramédicaux

Le suivi médical majoritairement rapporté par les patientes est le suivi auprès d'un psychiatre, qui comportait plusieurs modalités de suivi autre que la simple consultation, comme la thérapie familiale et le suivi ambulatoire en hôpital de jour.

Puis, vient le suivi du médecin généraliste (10 occurrences, 7 pour les patientes hospitalisées et 3 pour les patientes ambulatoires). Mais à propos de ce suivi les patientes précisaient :

« Je le voyais seulement une fois tous les 3 mois... pour garder le contact. » E04
 « C'était une fois par mois...Bah oui, les somnifères, le renouvellement c'est un mois, pas plus.. » E05
 « C'est surtout pour le renouvellement de ma pilule... » E14
 « Je le vois, quand j'en ai besoin... » E16

Parmi ces médecins généralistes, 2 médecins avaient également l'étiquette nutritionniste. Le médecin nutritionniste était plus faiblement cité (5 occurrences). Le suivi avec un psychologue était cité 3 fois en dehors du suivi associatif et de l'hôpital de jour psychiatrique. Le suivi par une diététicienne et le suivi associatif n'ont été cités qu'une fois.

Suivi multidisciplinaire ?

Tableau 6

Intervenants	Psychiatre	MG	Psychiatre + MG	Nutritionniste + Psychiatre + Diét	Nutritionniste + MG	Nutritionniste +MG+ Psychiatre	Psychiatre + Association
Nombres de patientes	2	3	3	1	1	2	1

Psychiatre + MG + Psychologue	Psychiatre + Nutritionniste + Psychologue
1	2

b) Ancienneté de la mise en place du suivi

Cette ancienneté variait de 3 mois et demi et 10 ans. L'ancienneté moyenne du suivi était de 24 mois.

c) Ressenti-satisfaction de la patiente concernant ce suivi ?

Toutes les patientes ne se sont pas prononcées sur cette question. Celles l'ayant fait avait un ressenti positif du suivi actuel ou précédent l'hospitalisation.

3.3.1.6. Hospitalisation actuelle (concernant le groupe des patientes du secteur nutrition de RPC, Garches)

a) Qui a préconisé l'hospitalisation ?

Les hospitalisations en question se déroulant au sein de l'Unité de Nutrition Clinique de RPC, les médecins somaticiens de ce service étaient considérés, d'emblée, comme préconisant l'hospitalisation. A ces médecins somaticiens, s'associaient les psychiatres, qui avaient l'habitude de travailler en relation avec l'équipe de l'équipe de RPC.

3 patientes dirent avoir envisagé elles mêmes l'hospitalisation car elles étaient inquiètes de leur états :

« Comme je connaissais ici, j'ai appelé ici... » E03

« J'ai pris un RDV avec le Dr H (nutritionniste de l'unité) » E05

2 patientes avaient été transférées d'autres services hospitaliers : réanimation et autre service de nutrition. Un médecin généraliste avait préconisé l'hospitalisation pour une patiente. Enfin, une patiente avait été envoyée par sa gynécologue :

« J'ai parlé à mon psychiatre, comme ça dans la conversation de mon désir de grossesse....Il a eu un temps d'hésitation et en partant, il m'a envoyé chez ma gynéco...Chez ma gynéco, elle me demande si ma pilule me convient et moi je lui dis que j'envisageais éventuellement d'avoir un enfant dans peu de temps... Mon dieu ! Elle s'est mise dans une rage folle, elle m'a dit que je n'étais pas consciente de mon état...Elle a appelé mon psychiatre et mon généraliste, je ne sais pas ce qu'il s'est passé, mais deux jours après, j'avais une place ici... » E10

b) Motif de l'hospitalisation

La dénutrition concernait toutes les patientes hospitalisées. Les IMC à l'entrée variaient de 10.2 à 15.1. L'IMC d'entrée moyen était de 12. Une des patientes présentait un syndrome de renutrition inappropriée. Une autre présentait un érysipèle des membres inférieurs. Et enfin, une patiente avait été hospitalisée pour poursuite ré éducationnelle, suite à une ostéosynthèse d'une fracture du col fémoral, sur une ostéoporose sévère, en lien avec la dénutrition chronique.

c) Patiente volontaire pour l'hospitalisation ?

7 patientes sur 10, se déclaraient volontaires pour l'hospitalisation et 3 d'entre elles étaient même demandeuses de l'hospitalisation.

« *Je n'arrivais pas à reprendre du poids tout seule...* » E02

« *Ma gynécologue m'avait fait prendre conscience de mon état..* » E10

D'autres étaient moins demandeuses :

« *Oui, j'étais volontaire, mais je savais que les psy étaient derrière...* » E01

3 patientes n'étaient pas volontaires pour cette hospitalisation. L'hospitalisation resta une hospitalisation libre pour 2 d'entre elles et une hospitalisation sous contrainte a été réalisée pour la dernière.

« *Si j'acceptais l'hospitalisation, c'était l'HDT...* » E04

« *De toute façon, je ne pouvais pas m'enfuir, avec ma fracture... (Rires)* » E07

d) Durée de l'hospitalisation actuelle

Les durées d'hospitalisation ont été rapportées au moment des entretiens (les hospitalisations se poursuivaient ensuite).Elles variaient de 2 jours à 2 mois et demi. La durée moyenne d'hospitalisation était de 25 jours.

e) Projet envisagé pour la suite de prise en charge de la maladie

Au moment des entretiens, les projets concernant la suite de la prise en charge n'étaient pour tous définis précisément.

Les orientations générales étaient les suivantes :

- Dans 9 cas sur 10, un relais en psychiatrie était envisagé, que ce soit en hospitalisation traditionnelle à temps plein (cas de 6 patientes) ou en hospitalisation de jour directement (cas de 3 patientes). Les services psychiatriques dont il était question, étaient des services psychiatriques spécialisés dans les troubles du comportement alimentaire.
- Pour une patiente, il a été décidé de reprogrammer une hospitalisation pour sevrage de l'état de mal boulimique.

A l'évocation de ces orientations, des désaccords ont été exprimés de la part des patientes, surtout concernant l'idée d'une hospitalisation traditionnelle en psychiatrie.

3.3.2. Les différents intervenants de la prise en charge

A ces questions sur les ressentis et représentations des différents intervenants, puis sur le rôle du médecin généraliste dans leur maladie, les patientes ont présenté des délais de réflexion plus longs ; des précisions, des exemples, ont du être apportées à plusieurs reprises.

3.3.2.1. Le psychiatre

A l'exception de quelques unes, toutes les patientes avaient connu plusieurs psychiatres.

a) Ressentis des patientes concernant leur psychiatre

Lors des entretiens, certaines patientes ont mis l'accent sur plusieurs précisions concernant la relation qu'elles avaient avec leur psychiatre. Il était important de préciser la notion de variabilité individuelle liée au psychiatre avec qui elles entraient en relation de soin, ainsi que la notion d'évolution de la relation. Plusieurs parleront également de l'importance d'une « bonne accroche » dans la relation interpersonnelle.

« Il y en a avec qui j'ai bien accroché et d'autres pas du tout »E01

« La première, c'était un peu plus compliqué que la deuxième...Il faut trouver la bonne personne. »E02

«Après, elle a pris beaucoup de place dans ma vie »E15

« Au début, c'était plus distancié... »E15

« Il faut bien accrocher ! » E01

« Il y a quand même une idée de relation qui doit bien fonctionner » E02

Une patiente évoquait une notion intéressante dans sa relation avec sa psychiatre, l'ambivalence qu'elle ressentait.

« Les gens qui sont un soutien, à savoir mon médecin généraliste et la psychiatre, ce sont des gens avec qui j'ai souffert aussi parce qu'ils m'ont fait voir les choses en face et c'était dur... Je passais des phases où je rentrais chez moi et je les détestais mais c'est ce qu'ils me montraient que je détestais. Ils n'ont pas été forcément doux aussi parce que j'étais en danger. » E15

Cette même patiente exprimait sa propre tendance à la « déconnexion de la réalité » lorsqu'elle était en consultation avec sa psychiatre.

« Même si la psychiatre est dans la réalité, comme c'est beaucoup nous qui parlons... » E15

❖ **Ressentis perçus comme négatifs :**

Plusieurs ressentis négatifs ont été recueillis, ils ont été classés, au sein de chaque sous groupes, par ordre décroissant d'importance en fonction du nombre d'occurrences retrouvées lors des entretiens.

- Concernant la personne du psychiatre et la relation interpersonnelle :

La difficulté du vécu de l'expérience psychiatrique s'illustre par la distance, le rapport de punition, une certaine tension et un « Malaise » dans la relation. Au sujet de la personne du psychiatre, a été mis en avant, l'« Absence d'accroche » avec ce dernier.

L'appréhension et la crainte de l'hospitalisation, le sentiment de « trahison » dans un contexte d'une hospitalisation sous contrainte (SPDT) sont également cités par les patientes. Certaines ont évoqué une impression de supériorité, de dénigrement, de jugement de la part du psychiatre. De façon plus particulière, le sentiment de jalousie est évoqué.

« Elle était tellement lointaine et j'étais tellement seule en moi aussi. » E15

« J'ai un peu de mal avec les psychiatres » E11

« Ha ça c'est très mal passé...je n'en voulais plus ! » E03

« Il a fini par me virer, je lui faisais perdre son temps » E05

« Je ne l'aime pas, clairement... » E11

« Je ne l'appréciais pas » E13

« Je la vois une fois par mois, elle me fait un peu peur. » E02

« J'avais peur que l'on me garde, c'est le médecin qui me fait le plus peur, je sais que si elle veut, elle ne laissera pas le choix » E07

« Il y a un rapport de tension concernant ce que j'arrive à faire ou pas » E02

« Je passe tellement mon temps à essayer de défendre un peu ma vie... » E02

« Je suis tellement pas à l'aise qu'il y a des questions que je ne suis pas arrivée à poser. » E02

« Je me retrouvais seule face à moi-même, ce n'était pas évident, c'était même très dur...souvent je pleurais ensuite » E15

« Il dénigre un peu quand il n'est pas d'accord avec vous. » E11

« Je ne me sens pas libre de dire ce que je pense, j'ai l'impression d'être jugée. » E11

« Parce qu'elle m'a vue en hospitalisation, donc il y a un peu un rapport de punition entre nous. » E02

« Ce n'est pas pour moi, ça colle jamais, ça accroche pas » E05

« Elle enchaine avec un autre RDV, ça ne me fait pas toujours super plaisir mais je l'accepte »

E15

- Concernant l'exercice médical :

La tendance à instaurer un traitement médicamenteux de façon excessive, selon elles, a été clairement mise en avant, les sentiments d'incompétence et d'inutilité du psychiatre l'ont également été. De façon plus particulière, la notion d'« excès d'analyse » dans les entretiens psychiatriques a été rapportée. Enfin, les patientes ont évoqué le manque de disponibilité, de flexibilité et de coordination dans l'exercice médical.

« Ils font tout pour qu'on prenne des médicaments. » E01
« On a pas le choix de prendre des médicaments. » E01
« Il m'a bourré de médicaments, j'ai tout de suite eu l'impression que l'on me donnait des médicaments comme unique solution plutôt que de trouver des choses à mettre en place. » E02
« Elle, elle a dit que c'était les médicaments qui allaient m'aider. Et moi je lui ai dit que non ! » E03

« Nul de nul ! Vous ne pouvez pas trouver plus nul ! » E03
« Elle ne m'a rien apporté sur le plan de l'anorexie mentale » E03
« Ça ne change rien, je peux vous raconter ma vie 3 heures et ça ne va rien changer » E05
« Il n'a rien fait pour moi » E10
« Elle m'a clairement dit qu'elle n'était pas compétente dans les TCA » E13
« Je regardais le temps passer » E15

« Il refait un peu trop l'analyse de toute notre vie et c'est un peu lourd parfois. Je trouve que d'étudier toute notre enfance etc. c'est remuer des choses pour rien. C'est un peu lourd » E04

« Il n'a jamais reçu mes parents alors que mes parents voulaient. » E02

« Je n'avais pas le choix des jours de consultations. Les psychiatres ne sont pas flexibles et ne s'adaptent pas à votre vie. » E02

« Il ne mettait jamais au courant mon médecin généraliste » E15

- Concernant la communication au sein de la relation :

Les patientes semblaient présenter des difficultés à communiquer, à se confier au sein de la relation avec le psychiatre. Le « manque de mots sur la maladie » a été reproché et paradoxalement, un discours trop direct concernant la maladie l'a été également.

« Elle n'a jamais mis de mot sur ce que j'avais, même quand je pesais 40 Kg... » E02

« J'ai arrêté net le jour où elle m'a dit que j'étais anorexique. » E14

« J'attendais de pouvoir parler de mes problèmes, or je ne suis jamais arrivée à parler » E07

❖ **Ressentis perçus comme positifs :**

- Concernant la personne du psychiatre et la relation interpersonnelle :

Ont été rapportées les notions d'adaptation au cas de chacune des patientes, de nécessité dans la prise en charge, de relation de confiance, d'absence de jugement ; ainsi que le sentiment d' « être à l'aise » dans la relation, de sympathie, de soutien, d'accompagnement, de reconnaissance, de réconfort et d'apaisement. Puis de façon plus exceptionnelle, le sentiment amoureux a été mis en rapporté par une patiente.

« A un malade, un remède » E04

« Il était gentil.. » E05

« Avec le recul je voudrais lui dire merci à cette dame » E14

« Je suis tombée amoureuse du psychiatre, immédiatement, dès que je l'ai vu. Donc ça a tout faussé, parce que dès que j'ai vu le bonhomme, ca y est, j'avais « flasché ». Je voulais être près de lui, le prendre dans mes bras. ", "J'y allais juste pour le voir, je voulais être avec lui, c'est mon gros trouble, mon gros problème qui fait ça. » E05

- Concernant l'exercice médical :

La « Bonne compréhension et connaissance de la maladie et de la personne » a été largement citée lors des entretiens. Egalement, les notions d'aide et d'aide à comprendre, de questionnement de la part du psychiatre, sont représentées dans cette analyse.

« Il m'aide beaucoup, Il m'a beaucoup aidée mais pas forcément que sur les TCA mais sur mes problèmes de vie privée et ma difficulté à les gérer. » E10

« Elle aide à comprendre pourquoi » E14

« Il cherchait à comprendre pourquoi. »E06

- Concernant la communication au sein de la relation :

L'écoute de la part du psychiatre a mis en avant dans la relation. La communication semblait facilitée et imprégnée d'un « bon contact ».

« Elle me permettait de dire des choses que je n'aurais jamais osé dire dans la conversation »
E15

b) Représentations des patientes concernant le psychiatre

Une patiente a eu ces mots durant l'entretien : « la relation est plus difficile avec les psychiatres, peut être à cause de ce qu'ils représentent. »E02

Cinq représentations se dégagent du discours des patientes interrogées. La représentation qui était la plus attendue, celle du psychiatre en lien avec la folie n'a eu que 2 occurrences. Une des patientes qui avait abordé cette représentation, laissait penser à une évolution, un changement de cette représentation.

« On a vraiment en tête, ces médecins pour les fous...Mais quand on y est confronté, les choses changent. » E11

Deux patientes se représentaient le psychiatre comme un lien avec d'autres intervenants ou d'autres structures de soin. L'une d'elle évoquait un lien avec les structures spécialisées et l'autre évoquait un lien entre son médecin généraliste et son psychologue.

Une patiente a fait part d'une représentation inattendue, celle d'un médecin seul, isolé.

« Oui, le psychiatre, il est seul... Ici, c'est toute une équipe de médecins par exemple... Vous vous déplacez tous ensemble, vous prenez des décisions ensemble...le psychiatre, il est seul... Moi, quand je me le représente, il est seul dans son cabinet...» E09

Deux autres patientes ont évoqué, le psychiatre comme représentant l'autorité, le psychiatre décideur.

« C'est celui qui a le dernier mot et qui décide... » E06

Enfin, une patiente se représentait le psychiatre comme « celui qui dit la vérité ».

3.3.2.2. Le nutritionniste-somaticien :

a) Ressentis des patientes concernant leur nutritionniste

❖ Ressentis perçus comme négatifs :

- Concernant la personne du médecin nutritionniste et la relation interpersonnelle :

Les patientes ont évoqué la notion d' « Obsession du poids ou de la prise de poids » de la part du nutritionniste, ainsi que la « vision simpliste de la prise de poids », situant ce dernier en « situation de décalage », par rapport à la patiente. Certaines ont fait part de leur crainte de l'hospitalisation. Une tendance au Pessimisme concernant l'évolution de la maladie, l'absence de questionnement de la part du nutritionniste ont été rapportés. Certaines, ont exprimé un sentiment d'incompréhension voire d'injustice concernant certaines décisions prises, puis, l'évocation d'un « Mauvais souvenir » et l'« Absence d'accroche » concernant le nutritionniste ont été représentées.

« A chaque fois, qu'ils viennent dans ma chambre, c'est pour me dire qu'ils augmentent la sonde » E01

« J'en ai marre qu'elle me parle que de calories... » E02

« Elle s'arrête à la prise de poids. J'avais pris trois kg et elle m'a demandé si le moral allait. J'ai dit « ça va » alors que ça n'allait pas du tout. Et je ne la regardais pas ...Elle n'a pas cherché plus loin. » E15

« Elle m'a pesée, elle m'a dit « c'est super alors que moi je ne le vivais pas du tout comme ça »

« On se demande s'ils connaissent ma maladie et toutes les difficultés que j'ai à prendre du poids ? » E01

« J'ai l'impression qu'ils n'y croient pas à la guérison de ma maladie... » E01

« Il y a des choses que je ne comprends pas forcément ; il y a, parfois, des choses difficiles à accepter » E11

« Il ne cherche pas à comprendre pourquoi... » E05

- Concernant l'exercice médical :

Le manque de coordination a été mis en avant par les patientes.

« *Ils ne tiennent pas au courant mon médecin généraliste...* » E01

- Concernant la communication au sein de la relation :

La notion de Difficulté, de « blocage » à communiquer ont été rapportées.

« *Je n'arrivais pas à lui parler* » E15

❖ Ressentis perçus comme positifs :

- Concernant la personne du médecin nutritionniste et la relation interpersonnelle :

Les patientes ont largement évoqué une relation de confiance et la notion d'adaptation aux cas des patients. Les médecins nutritionnistes feraient preuve de « ténacité » et d' « humanisme », selon elles. Puis, le sentiment de sympathie et « d'être à l'aise » dans la relation sont également mis en avant.

« *Elle a assoupli les conditions d'hospitalisation pour moi avec en plus deux sorties par jour, et ça ça fait que je reste* » E05

« *Ils ne vous laissent pas tomber, c'est pour cela que je suis revenue, alors que moi j'avais laissé tomber au bout de deux jours.* » E05

« *Elle est adorable ...* » E05

- Concernant l'exercice médical :

Le médecin nutritionniste semblait, selon elles, avoir une vision globale de la maladie. Son exercice médical était de caractère « scientifique ». Lui-même, était celui qui « donnait ou redonnait sa chance aux patientes » en proposant des solutions concrètes, semblant plus attentif aux demandes des patientes. Il incarnait les qualités d'efficacité et de compétence dans son exercice médical.

Une « Bonne compréhension-connaissance de la maladie », une prise de décision adaptée aux situations cliniques aboutissant à une relative prise de conscience de son état physique, une « Attention particulière accordée à l'évaluation de l'état thymique », une réassurance de la part du nutritionniste ont été également mises en évidence lors des entretiens des patientes.

« Lorsque les médecins généralistes sont nutritionnistes, cela change pas mal les choses » E10
« C'est elle qui la connaît le mieux cette maladie, elle a vraiment une vision globale de la maladie, elle connaît le corps et sa façon de réagir » E08

« Je sais que quand ils me proposent une hospitalisation, c'est que mon état est grave et donc que je n'ai pas trop le choix. » E01

« Il nous laisse quand même une chance d'y arriver par nous-mêmes » E011

« Tout s'explique de façon logique...mais pas pourquoi je suis malade » E04
« Elle me rassure beaucoup » E09

- Concernant la communication au sein de la relation :

Les patientes ont mis en avant les efforts de vulgarisation et le sentiment d'écoute de la part du nutritionniste, au sein de la relation.

« Il sait vous expliquer les choses » E04

b) Représentations des patientes concernant cet intervenant

Bien que toutes les patientes interrogées n'aient pas toutes répondu à cette question, les représentations des patientes concernant le médecin nutritionniste étaient nombreuses. Neuf représentations se sont dégagées du discours des patientes.

La première était la représentation du médecin nutritionniste comme « La personne qui sait », « La personne de science »

« Je ne regrette pas l'insistance des personnes qui savent... (En parlant du nutritionniste) » E07

La deuxième mettait en scène le médecin nutritionniste au sein d'une lutte contre les conséquences de la dénutrition.

« Ce sont des « metteurs de sonde » » E05

« Ils sont des véritables « correcteurs de prise de sang » » E06

La troisième considérait le médecin nutritionniste comme « Détenteur de moyens de pressions aux soins » avec l'hospitalisation comme principal moyen de pression.

A l'inverse du psychiatre, que les patientes se représentaient « seul », le nutritionniste, lui était représenté au sein d'une équipe :

« Vous vous déplacez toujours en groupe dans le service...vous êtes plus forts avec cette image » E07

Certaines patientes, se représentaient le nutritionniste comme « A cheval entre le somatique et le psychique ».

D'autres, ont évoqué la représentation de « Pilier contre la maladie ».

Une patiente avait considéré le médecin nutritionniste comme un « moyen d'obtenir certaines choses voulues »

« Il fallait qu'elle donne son accord pour que je puisse partir au Vietnam » E15

Une autre, s'était représenté le nutritionniste comme « accompagnateur » et plus précisément comme accompagnateur « complémentaire » de la prise en charge de la maladie.

Enfin, la représentation du médecin nutritionniste « en lien avec les autres intervenants de parcours de soins et en particulier avec le médecin généraliste », est évoquée par une patiente interrogée.

3.3.2.3. Le psychologue

a) Ressentis des patientes concernant leur psychologue

❖ Ressentis perçus comme négatifs :

- Concernant la personne du psychologue et la relation interpersonnelle :

Le sentiment de « malaise » et notamment avec un psychologue de sexe masculin était parfois avancé.

- Concernant l'exercice professionnel :

La notion du manque d'avancement et le sentiment d'inutilité concernant le travail psychologique étaient parfois rapportés.

« *Bon la psychologue, ça allait mais bon ça n'avancait pas non plus* » E03

« *Ca servait à rien, je racontais ma vie, c'est tout...* » E06

❖ Ressentis perçus comme positifs :

- Concernant la personne du psychologue et la relation interpersonnelle :

L'appréhension était moindre en comparaison avec les autres intervenants. La relation était dominée par l'absence de jugement et était qualifiée de relation d'aide. Enfin, le sentiment de soulagement au sein de la relation, de « bienfait » et de liberté ont été mis en avant.

« *Je sais que parler avec eux, c'est quelque chose qui va me soulager clairement* » E11

« *La psychothérapie me faisait du bien* » E08

« *Il me désemprisonne* » E06

- Concernant l'exercice professionnel :

La prise en charge était caractérisée par un sentiment d'avancée et de progression, une notion d'apprentissage ainsi que par une prise en considération des difficultés rencontrées par la patiente. Les moyens étaient mis en œuvre, au travers d'une approche structurelle et cognitive. La notion de caractère constructif du travail psychologique été mise en évidence lors des entretiens. Le psychologue semblait avoir une bonne connaissance et compréhension de la

personne et des difficultés rencontrées sur plusieurs champs d'évolution des patientes, en raison de leur expérience et compétence.

« Ça fait ressortir d'autres choses et puis en parlant ça fait ressortir d'autres choses et puis on avance. » E11

« Il fait tout ce qu'il peut » E05

« Il comprend un peu tous les raisonnements un peu biaisés que j'ai » E06

« Elle m'apprend la vie telle que je devrais la vivre » E08

- Concernant la communication au sein de la relation :

Au sein d'une communication facilitée, le sentiment d'écoute, de la part du psychologue était souligné.

« C'est plus facile de parler avec le psychologue qu'avec le psychiatre", "ça permet d'extérioriser, de se lâcher dans les moments où ça va pas » E11

b) Représentations des patientes concernant le psychologue

Les entretiens des patientes ont pu mettre en évidence quatre représentations différentes de la personne du psychologue.

La première représentait le psychologue tel un « explorateur de leur environnement et de leur comportement ».

« C'est une personne avec qui je pouvais explorer les structures de mon environnement et de mon comportement de manière très structurée et cognitive, comme si on exposait ma façon d'interagir avec les gens... » E12

La seconde situait la personne du psychologue en lien avec la vie au quotidien et les difficultés qu'il comportait.

« C'est quelqu'un qui m'accompagne et me donne les clés pour m'aider au quotidien » E13

Au sein de ce lien au quotidien, une patiente se représentait le psychologue comme un « tuteur du quotidien ».

Enfin, une patiente se représentait la personne du psychologue comme une personne « libératrice des maux ».

3.3.2.4. Le diététicien

a) Ressentis des patientes concernant leur diététicien

Seulement quatre patientes ont répondu à cette question. Tous les ressentis recueillis ont été perçus comme positifs avec l'apparition de plusieurs notions : celle de « force de persuasion », d'absence de crainte en lien avec une éventuelle hospitalisation, de relation d'aide au quotidien et d'aiguillage.

« C'est lui qui m'a poussée à consulter un psychiatre, qui m'a donné les coordonnées etc...Et il a réussi à me convaincre pour l'hospitalisation » E07

b) Représentations des patientes concernant cet intervenant

Le diététicien était représenté comme l'intervenant détenteur de solutions pratiques et concrètes en lien avec l'alimentation des patientes.

Une différence de représentation semblait exister entre le diététicien rencontré lors d'une hospitalisation et celui de ville. Tous deux semblaient être en lien avec la vie quotidienne des patientes, sur le plan alimentaire. Par contre, le premier, s'intégrait plus volontiers au sein d'une démarche de soin cohérente avec l'ensemble de l'équipe soignante alors que le second semblait différencié de la démarche de soin globale.

« Celle de ville, j'ai trouvé ça aberrant qu'elle ne m'ait jamais parlé de dénutrition, qu'elle continuait à me faire manger normalement ; celle d'ici, ça n'a rien à voir. » E11

3.3.2.5. Le médecin généraliste

a) Ressentis des patientes concernant le médecin généraliste

A l'image de la description des ressentis concernant la personne du psychiatre, il était important de préciser la notion de variabilité individuelle liée au médecin généraliste avec qui elles entraient en relation de soin ainsi que la notion d'évolution de la relation.

Plusieurs parleront également de l'importance d'une « bonne accroche » dans la relation interpersonnelle.

Une patiente a évoqué l'Ambivalence ressentie dans sa relation avec son médecin généraliste.

« Les gens qui sont un soutien, à savoir mon médecin généraliste et la psychiatre, ce sont des gens avec qui j'ai souffert aussi parce qu'ils m'ont fait voir les choses en face et c'était dur... Je passais des phases où je rentrais chez moi et je les détestais mais c'est ce qu'ils me montraient que je détestais. Ils n'ont pas été forcément doux aussi parce que j'étais en danger. » E15

❖ **Ressentis perçus comme négatifs :**

- Concernant la personne du médecin généraliste et la relation interpersonnelle

Une vision trop interne de la situation occasionnait un manque d'objectivité de la part du médecin généraliste. Les patientes rapportaient parfois, une incompréhension de la part du médecin généraliste concernant leurs situations. L'appréhension, la crainte de l'hospitalisation était présente dans la relation mais de façon moins importante qu'avec les autres intervenants médicaux. Un Sentiment de « malaise » de la part du médecin généraliste, pouvait être perçu par la patiente. Certaines, avaient le sentiment douloureux de ne pas relever du champ d'exercice de la médecine générale, d'être étiquetée « malades psychiatriques », d'« effrayer » le médecin généraliste.

Le manque de confiance, de crédibilité et parfois d'« impuissance » de la part du médecin généraliste ont été rapportés par certaines d'entre elles.

Concernant la personne du médecin généraliste, les patientes ont exprimé l'absence de psychologie de la part de ce dernier. Un sentiment d'« Abandon » est parfois exprimé à un temps donné de la prise en charge au long cours.

« Il y a une certaine relation qui se crée avec lui mais c'est peut être justement cette relation qui s'est instaurée et du fait qu'il ait un œil moins extérieur à la situation, c'est comme les proches, il ne voit pas les mêmes choses que quand, par exemple, vous, quand vous m'avez vue arriver. » E11

« Elle ne me disait pas franchement les choses... » E14

« Elle me disait « c'est dans votre tête », et ça ça m'a pas plu. Je sais que quand j'ai quelque chose sur l'estomac, je l'ai sur l'estomac et pas dans ma tête ! » E05

« Ils sont persuadés que c'est lié à un problème de volonté et non à une maladie psychique. » E08

« Je savais bien qu'à la fin, elle me parlerait que d'hospitalisation", « J'avais peur d'y aller » E01

« Etre écartée de la médecine générale en tant qu'anorexique mentale, ça fait mal. » E08

« Mon état ne relevait que de la psychiatrie » E08

« Toutes les maladies qui relève du psychosomatique ne sont pas forcément les bienvenues en médecine générale » E08

« Je lui faisais peur » E08

« Il me regardait avec des yeux, à la fois étonnés et effrayés » E08

« D'emblée, j'étais folle....Je ne relevais que de la psychiatrie » E08

« Je n'avais pas confiance en lui » E01

« Il ne m'a pas convenu du tout ! E03

« Niveau psychologie : zéro ! » E15

« Là il m'a un peu abandonnée, c'est un peu dommage (rires...)» E12

« Il me parlait de l'hospitalisation, mais je savais qu'il ne le ferait jamais. » E07

- Concernant l'exercice médical

Les patientes ont rapporté une « mise en retrait de la part du médecin généraliste » avec un sentiment d'incompétence avouée, concernant la prise en charge de la maladie.

La notion d' « Incompétence », de « mauvaise connaissance de la maladie » dans le domaine des TCA et une tendance à instaurer un traitement médicamenteux de façon excessive, ont été évoquées. Certaines ont refusé la poursuite du suivi de l'anorexie mentale avec le médecin généraliste.

« Il dit franchement que ce problème il ne le comprend pas...il a avoué qu'il n'avait pas de connaissance dans le domaine. » E05

« Il me dit fréquemment que lui n'est pas compétent pour être le seul à me suivre...Je pense qu'il ne se sent pas compétent pour être le seul à me suivre mais moi je le trouve compétent » E13

« *Il est nul !* » E10

« *Je vois bien que c'est pas son domaine...* » E15

« *Ils sont dépassés...* » E08

« *Je ne peux pas m'appuyer sur lui en ce qui concerne l'anorexie mentale* » E08

« *Il me donnait des médicaments pour m'assommer. C'était plutôt ça oui...* » E03

« *J'en connais plus que lui...* » E10

- Concernant la communication au sein de la relation :

La communication était marquée, pour certaines, par l'absence de dialogue autour de l'anorexie mentale, de discours franc concernant les difficultés rencontrées et le manque d'informations données sur le suivi et la possibilité de le revoir.

« *Je ne lui parle pas de la maladie...* » E09

« *"Il aurait pu avoir le rôle de me renseigner sur comment ça aller se passer ici par exemple, que j'allais voir le Dr C pour tout un suivi et d'autres personnes rattachées à elle et sur la possibilité que je pouvais peut être le revoir lui. Ça il ne ma l'a pas dit et je pense que j'aurais été partante pour ça.* » E12

❖ Ressentis perçus comme positifs

- Concernant la personne du médecin généraliste et la relation interpersonnelle :

Les sentiments de « sympathie, d'affection » étaient présents dans le discours de patientes, concernant la personne du médecin généraliste. La relation était qualifiée de relation d'aide et de confiance. Elles évoquaient un médecin généraliste « concerné », « tenace », « honnête », « dévoué », « psychologue » et sachant s'adapter à chacune. Une « bonne compréhension de la personne » était également rapportée.

« C'est le seul en qui j'ai une réelle confiance » E13

« Il est sympathique, ça, ça compte aussi ... » E 05

« Il ne vous laisse pas tomber » E05

« Je trouve que c'est plutôt bien de sa part parce qu'elle a été honnête en me disant qu'elle ne savait pas comment faire avec cette maladie. » E06

« Il était prêt à tout pour m'aider » E07

- Concernant l'exercice médical

Certaines ont fait part d'un suivi de qualité, associant une « bonne compréhension de la maladie », un caractère pédagogique facilitant l'éducation de la maladie ainsi qu'une certaine compétence dans l'exercice médical. Selon leurs termes, « le médecin généraliste donne sa chance à la patiente ».

D'autres, ont fait part de leur désir de poursuivre un suivi avec le médecin généraliste mais non spécifique de l'anorexie mentale.

« C'était un bon suivi » E01

« Il ne faut pas lui jeter la pierre, il a voulu me donner ma chance » E11

- Concernant la communication au sein de la relation

Les patientes ont fait part d'un contact de qualité en soulignant un « rapport didactique » dans l'éducation de la maladie.

« Chez le MG, c'est lui qui parle, c'est pour ça que j'ai l'impression qu'il sait... » E15

b) Représentations des patientes concernant cet intervenant

Les patientes ont évoqué 8 représentations différentes concernant leur médecin généraliste, à travers leurs entretiens.

La première représentait le médecin généraliste comme « en décalage, à coté, voire en dehors du suivi » des troubles du comportement alimentaire car « dépassé ou en retard ».

« Elle me précisait bien que la nutrition, ce n'était pas sa spécialité donc elle voulait bien marcher avec les autres docteurs qui me suivent » E02

« Complètement dépassé par les événements... » E03

« Pas au centre du suivi, en fait elle n'intervenait pas vraiment dans mon suivi nutritionnel » E04

« Un peu en dehors du suivi de l'anorexie mentale, en comparaison avec les autres médecins » E07

« Pas en lien avec la dénutrition » « en apprentissage de la maladie avec moi » E14

« Ce n'est pas lui qui a fait avancer les choses... Il fait partie du paysage concernant ma maladie, il ne fait pas partie de l'équipe... » E08

La deuxième le représentait comme « le médecin de famille », faisant comme partie de la famille. Etait associée à cette position, une vision trop interne de la situation, un manque d'objectivité concernant l'état de la patiente.

« Il y a une certaine relation qui se crée avec lui mais c'est peut être justement cette relation qui s'est instaurée et du fait qu'il ait un œil moins extérieur à la situation, C'est comme les proches, il ne voit pas la même chose que quand, par exemple, vous, quand vous m'avez vu arriver. » E11

A ce sujet, une patiente parlait,

« D'un lien regrettable avec sa famille » E08

La troisième représentation était celle du « médecin des maux courants ».

« C'est plutôt le médecin que je vais voir pour les petit soucis de santé et pour moi ma maladie c'est un gros souci... » E09

« C'est celle qui donne les médicaments quand j'ai la grippe, quand je suis malade, etc. » E14

D'autres patientes représentaient le médecin généraliste comme un « exécutant », parfois « remplaçant du médecin nutritionniste ».

« Je pouvais lui demander toutes les ordonnances que je voulais, elle ne faisait que ça. » E07

« C'est limite nous qui faisons l'ordo » E01

La cinquième représentation du médecin généraliste était celle d'un « Allié », dans le bon mais également dans le mauvais sens du terme.

« Je savais que je pouvais compter sur lui, il ne m'aurait jamais hospitalisé contre ma volonté... » E10

« Il respectait toujours mes choix... » E13

Une patiente évoquait le médecin généraliste comme étant une « Proie facile ».

« Il va se faire rouler parce que l'anorexique elle est maligne et elle va décrire des symptômes qui n'existent pas vraiment pour avoir des traitements purgatifs et le médecin généraliste est une proie facile » E08

Une autre patiente évoquait une représentation bien différente où le médecin généraliste était « le pilier d'une prise en charge pluridisciplinaire ».

« Il est important car il est de tous les champs » E13

Enfin, une dernière patiente évoquait le médecin généraliste tel un médecin somaticien uniquement.

« La seule chose à laquelle il s'intéresse c'est mon poids » E08

« Lorsqu'il s'agit d'autre chose que des virus et compagnie, il délègue et, ne s'informe pas » E08

« Médecin du corps uniquement » E08

c) Ce qu'il a pu apporter dans la prise en charge de la maladie, du point de vue des patientes

Les apports du médecin généraliste dans la prise en charge de la maladie sont divers. Par ordre décroissant d'occurrences à partir des entretiens, les patientes ont rapporté, une disponibilité, une écoute, un soutien, une réassurance, la mise en place d'un suivi, une présence, un renforcement de la confiance en elle, une proximité, des propositions de solutions, une certaine lucidité sur leurs états, un suivi global, un suivi adapté et adaptable en terme de fréquence et un encouragement vers un suivi spécialisé.

« Je savais que je pouvais l'appeler et la voir facilement » E01

« Elle s'arrangeait pour me trouver une place dans la journée » E03

« Il a toujours été là même dans les moments extrêmement difficiles » E13

« Il m'a suggéré l'idée de changer d'environnement... » E10

d) Ce qu'il n'a pas pu apporter dans la prise en charge de la maladie, du point de vue des patientes

Alors que le terme « disponibilité » a été cité dans le paragraphe ci-dessus à 6 reprises, il était également cité concernant ce que le médecin généraliste n'a pas pu apporter avec 4 occurrences.

« *Le problème, c'est qu'il n'a pas le temps... Ils n'ont pas le temps de vous écouter les généralistes...* » E02

Puis étaient rapporté, un suivi adapté, un dialogue autour de la maladie, une prise en charge nutritionnelle.

« *La nutrition, il ne s'en occupait pas ...* » E05

e) Quel rôle joue le médecin généraliste ?

A cette question, les patientes ont répondu assez majoritairement 2 rôles clefs, celui d'orientation et celui de coordination.

Puis, en second plan venaient les rôles d'accompagnement, de soutien, de dépistage, d'apaisement.

« *Je me sentais mieux après lui avoir parlé...juste lui avoir parlé...* » E02

Une patiente a évoqué un rôle plus particulier, celui de la ramener à la réalité de son état, comme une sorte de reconnexion à la réalité somatique. Elle ajoutait que cela aboutissait à un équilibre dans sa prise en charge. Elle disait, à ce propos :

« *Quand j'allais le voir, parfois une fois par semaine, il m'a ramené sur le plan physique parce qu'avec la psychiatre, j'avais un peu tendance à partir, à m'évader un peu dans la psychologie et lui, il me ramenait à des choses concrètes. Si je ne le voyais pas pendant 3 semaines, je parlais trop dans mes pensées. Quand je le voyais, ça me faisait un choc, parce qu'il me ramenait dans mon corps tout délabré* » E16

f) Quel rôle le médecin généraliste aurait-il pu jouer ?

A cette question, cinq patientes ont évoqué un rôle clef et central dans la prise en charge de leur trouble du comportement alimentaire, alliant la prise en charge somatique et psychologique, avec l'avantage de la connaissance de l'environnement de la patiente.

Le rôle de coordination, déjà cité précédemment apparaît également en réponse à cette question.

g) Moment où il aurait pu intervenir, au sein de la prise en charge

Certaines patientes ont pu définir assez précisément le moment où le médecin généraliste aurait pu intervenir. Il s'agissait de moments propres à leurs histoires pondérales pour la plupart.

« *Quand j'ai perdu 3 kg, je pense que ça aurait été intéressant, ça m'aurait certainement fait réfléchir...* » E12

« *Moi, je pense que c'était après un régime que j'avais fait en colo où j'avais perdu 5 kg* » E09

A ce sujet, une patiente précisa :

« *Il aurait pu intervenir après ma troisième grossesse mais en même temps il n'aurait rien vu, et puis j'étais tellement dans le déni...* » E03

Une patiente a défini une notion de « Poids seuil » en deçà duquel tout bascule, où la maladie prenait alors une place considérable dans leur mode de fonctionnement et la perte de poids devenait comme obligatoire.

« *Il y a un stade avant l'anorexie où l'on passe par une perte de poids, quand la perte de poids atteint un certain seuil, on bascule dans l'anorexie. Il y a une étape avant l'anorexie. A ce stade là, il n'y a plus de retour en arrière. Le généraliste, s'il arrive à prendre l'anorexique avant le point de non retour, je pense qu'il y a un moyen de freiner et de faire marche arrière. Ça j'en suis convaincue, à travers mon expérience. Je suis convaincue que si on s'y prend à temps, on peut empêcher le mécanisme de se s'enclencher pour de bon. C'est là que le généraliste a toute sa place. Ces 5 premiers kg si fatals, ma vie aurait évité un grand cauchemar* » E08

Cette notion est apparue au huitième entretien. Lors des entretiens suivants, j'évoquais cette notion pour pouvoir apprécier leur réaction la concernant. Toutes ensuite ont pu me préciser leur poids seuil.

3.3.3. L'entourage, les aidants

3.3.3.1. Qualités des aidants au cours de la maladie

La famille était très largement représentée (13 occurrences) et au sein de cette famille la mère était la personne la plus représentée (8 occurrences), venaient ensuite le père (6 occurrences), les frères et sœurs (6 occurrences), puis les oncles et tantes (2 occurrences).

Le compagnon ou le mari ont eu 5 occurrences lors des entretiens.

Les amis ont été cités 4 fois.

3 patientes ont rapporté comme aidantes dans la maladie, d'anciennes anorexiques mentales.

Enfin, 2 patientes n'ont pas rapporté d'aidants au cours de leur maladie.

3.3.3.2. Présence des aidants

Ce qui ressortait de l'analyse des entretiens c'était une famille plus proche et plus présente au cours de la maladie que les amis aidants. Il était noté également une variabilité temporelle concernant la présence de ces aidants. Pour exemple, le cas d'une patiente qui était en conflit avec ses parents en raison d'une HDT.

Au sujet des anciennes anorexiques mentales aidantes, les patientes disaient de leurs relations :

« On se soutient dans la maladie » E15

« Je lui demande son avis... C'est important pour moi... » E06

« Je vais l'appeler quand je suis hospitalisée et je vais lui demander ce qu'elle me conseille de faire, de m'enfuir ? De refuser de manger ?.... Je sais qu'elle n'est pas très objective mais on pense pareil. » E04

3.3.3.3. Influence de l'environnement et des aidants dans l'orientation du parcours de soins de l'anorexique mentale

a) Influence des aidants

Cette influence pouvait évoluer tout au long de la maladie.

« Ma mère m'influçait beaucoup avant mais maintenant, je m'écoute plus qu'avant et puis maintenant, il y a mon petit ami... » E02

- Influence de la famille

Certains membres de la famille n'avaient aucune influence concernant le parcours de soins et ce pour 2 raisons principales, la première était qu'ils n'avaient pas d'avis sur la question du parcours de soins :

Concernant la mère : « Je pense qu'elle aurait préféré que je commence mon suivi plus tôt mais je pense qu'elle ne sait pas trop comment gérer. Elle me conseille mais pas vraiment sur la prise en charge » E15

« Ma mère est désolée, mon beau père, lui, ne comprend rien... » E05

Concernant le père : « Autant lui il a toute ma confiance pour d'autres choses, autant là sa parole ne compte pas beaucoup. Et il le sait qu'il ne connaît pas aussi bien que maman » E16

Et la deuxième était qu'ils se trouvaient face à une patiente dans le déni de sa maladie.

D'autres membres de la famille de la patiente pouvaient orienter cette dernière vers une prise en charge à prédominance psychiatrique.

Par contre, avec autant d'occurrences, les membres de la famille pouvaient avoir une influence sur le parcours de soins en préconisant une prise en charge à prédominance somatique (4 occurrences avec une occurrence pour le médecin généraliste).

Pour deux membres des familles, la prise en charge psychiatrique était aussi indispensable que la prise en charge somatique.

« Mon père, il veut que j'ai une psy et mon médecin nutritionniste, l'un ne va pas sans l'autre, pour lui... » E14

Certains parents refusaient l'HDT de façon systématique, selon les patientes.

« Mes parents n'ont jamais voulu signer d'HDT », « Ils m'ont toujours dit que si je ne voulais pas aller en psy, je n'irai pas. » E01

Un membre de la famille semblait préconiser une hospitalisation pour la suite de la prise en charge.

Une patiente a mis en avant l'influence qu'a eue un membre de sa famille concernant l'orientation vers une structure de soin spécialisée dans les TCA, au début de la maladie.

- Influence des amis

Majoritairement, les amis influençaient vers une hospitalisation pour soins somatiques (2 occurrences)

« Ce serait bien que tu te fasses hospitaliser, vu ton poids et ta maigreur. » E01

D'autres ont précisé par ailleurs :

« T'as pas besoin de psy, il faut juste que tu reprennes du poids ! » E01

- Influence du compagnon :

De la même façon que pour les amis, le compagnon tendait, de façon majoritaire, à influencer vers une orientation pour une prise en charge à prédominance somatique.

Puis les influences étaient diverses :

L'un n'avait aucune influence en raison du déni des troubles de la patiente, l'un préconisait une prise en charge à prédominance psychiatrique, l'un était lui-même dans le déni de la maladie de sa compagne, l'un était contre une prise en charge psychiatrique, enfin, un autre préconisait autant une prise en charge somatique que psychiatrique.

« *Il est conscient que l'un ne va pas sans l'autre* » E03

- Influence des connaissances-amies anorexiques mentales ou anciennes anorexiques mentales

A ce sujet, deux patientes ont répondu que ces connaissances n'avaient pas d'influence concernant l'orientation du parcours de soin.

« *On se questionnait mais ça n'a jamais eu de conséquences l'une sur l'autre* » E15

« *Elle a toujours été là, elle me rend visite quand je suis hospitalisée, elle veut juste que je la tienne au courant, elle ne m'a jamais dit « tu devrais faire ci», pas comme mes parents* » E14

L'une de ces connaissances préconisait de consulter le médecin généraliste de la patiente, en parlant de « proie facile » (cf « Représentations du médecin généraliste »).

b) Influence de l'environnement

La question de l'influence éventuelle des médias sur l'orientation du parcours de soins a été abordée à chaque entretien.

Aucune influence particulière des médias n'a été mise en évidence à travers leurs témoignages.

Concernant les forums via internet, l'une d'entre elle disait :

« *La seule fois que je suis allée sur un forum, j'ai eu très peur, ça m'a pas du tout rassurée alors les gens qui me disent que ça peut m'aider c'est n'importe quoi. Pour moi la médecine c'est un travail et ce n'est pas un forum ou autre qui pourra m'aider* » E02

IV SYNTHÈSE DES RESENTIS ET REPRÉSENTATIONS DES PATIENTES CONCERNANT LES DIFFÉRENTS INTERVENANTS MÉDICAUX DE LEUR PRISE EN CHARGE

Les diagrammes ont été réalisés à partir de mots clefs cités par les patientes, pour plus de précision, se reporter au paragraphe 3.2) des résultats.

En gras : les mots clefs les plus représentés lors des entretiens.

4.1 Ressentis concernant le psychiatre

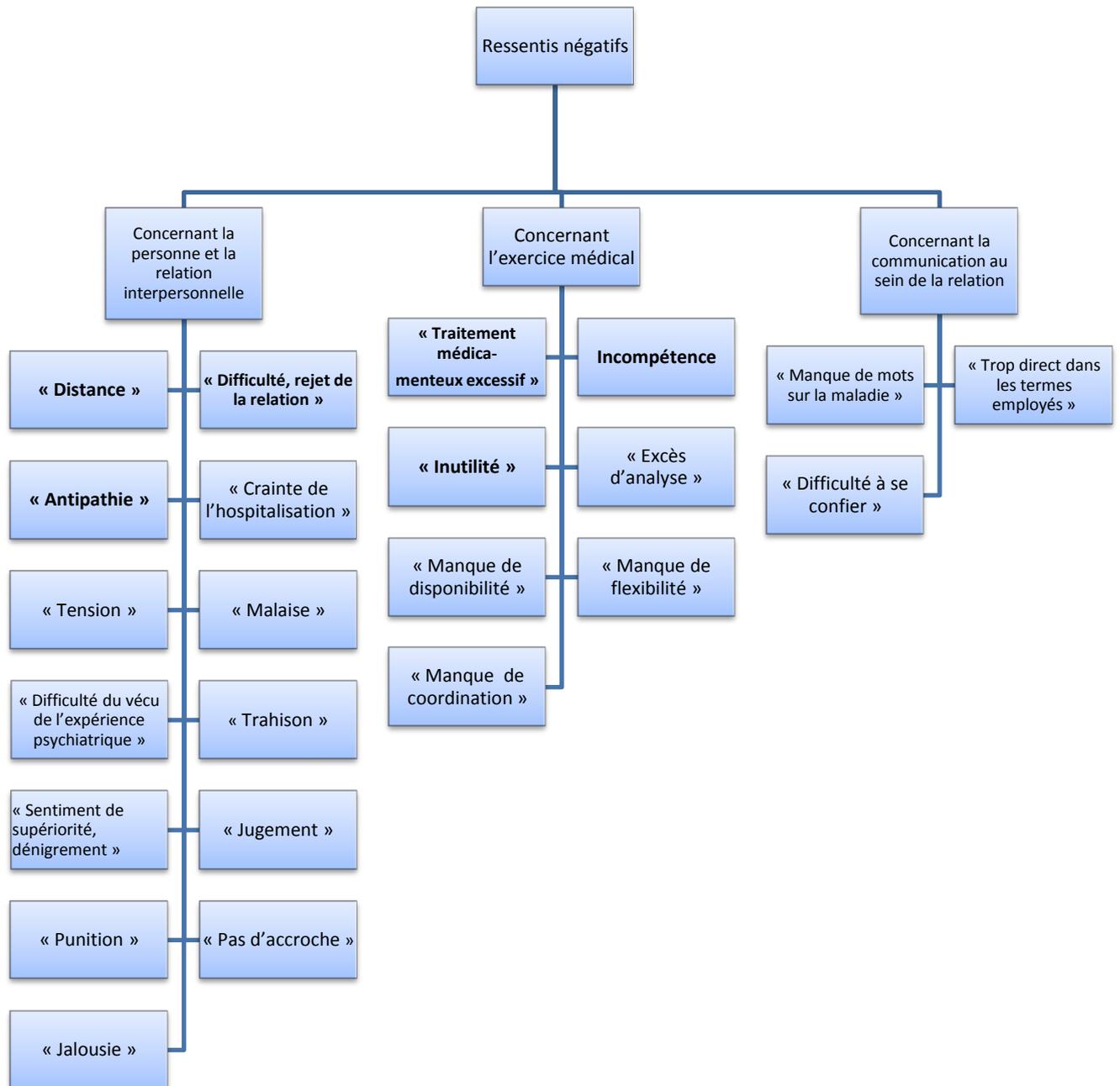


Figure 3 : ressentis perçus comme négatifs

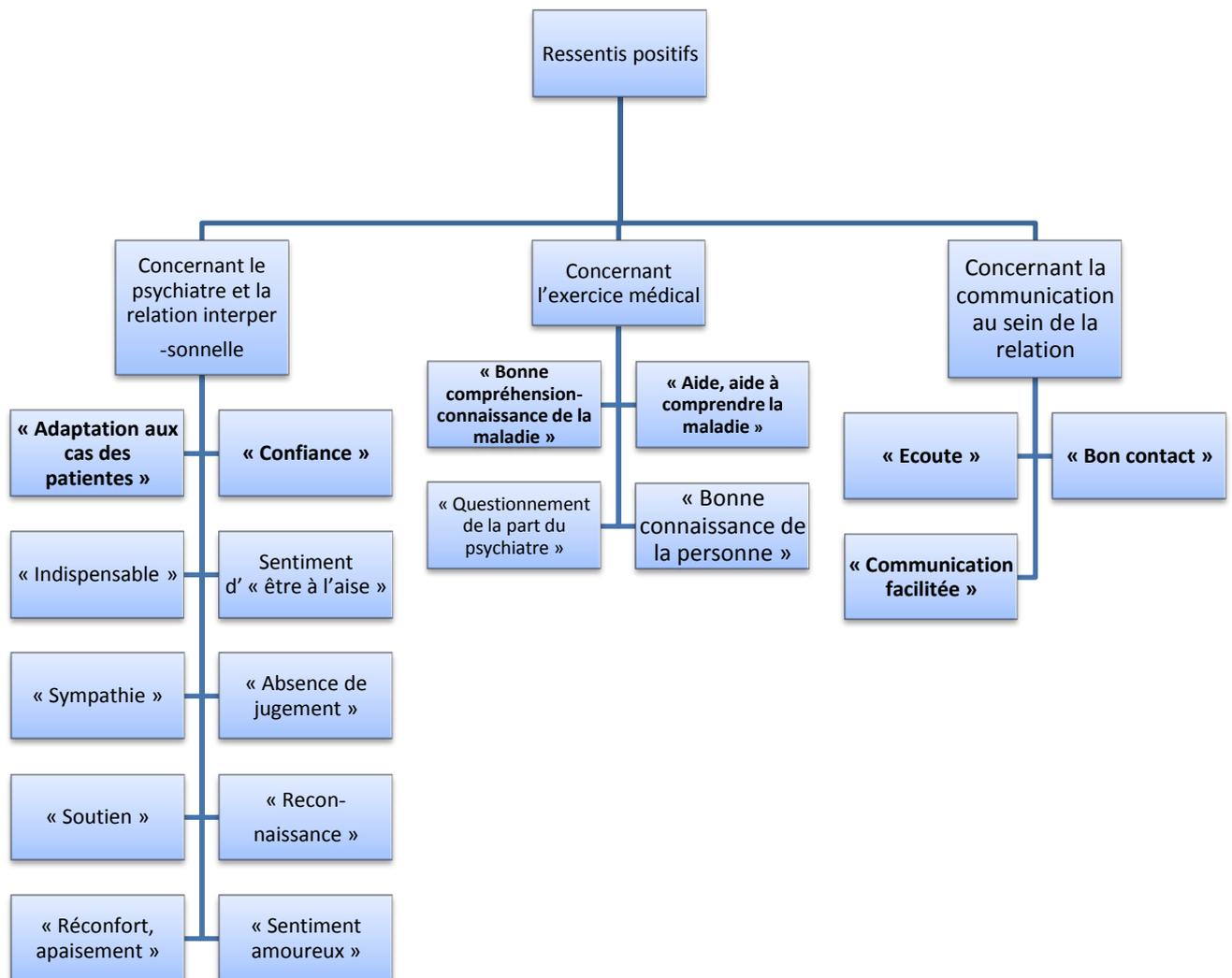


Figure 4: ressentis perçus comme positifs

4.2. Représentations concernant le psychiatre

« En lien avec la folie »

« Celui qui dit la vérité »

« Lien avec d'autres intervenants ou d'autres structures de soins »

« Médecin seul, isolé »

« Représentant de l'autorité »

4.3. Ressentis concernant le médecin nutritionniste:

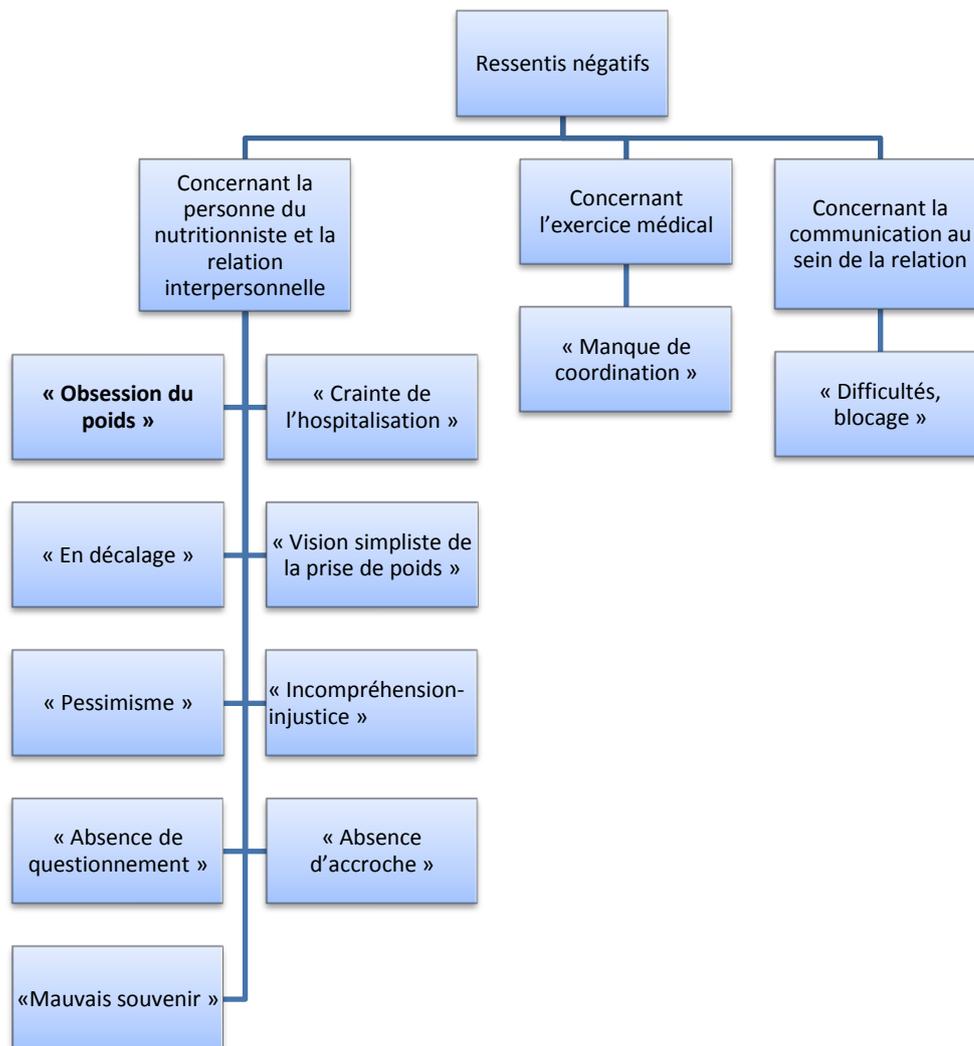


Figure 5: ressentis perçus comme négatifs



Figure 6: ressentis perçus comme positifs

4.4. Représentations concernant le médecin nutritionniste

« **Personne qui sait** »

« **Au sein d'une lutte contre les conséquences de la dénutrition** »

« **Détenteur de moyens de pressions aux soins** »

« **Au sein d'une équipe** »

« **A cheval entre le somatique et le psychique** »

« **Pilier contre la maladie** »

« **Moyen d'obtenir certaines choses voulues** »

« **Accompagnateur** »

« **Lien avec les autres intervenants** »

4.5. Ressentis concernant le médecin généraliste

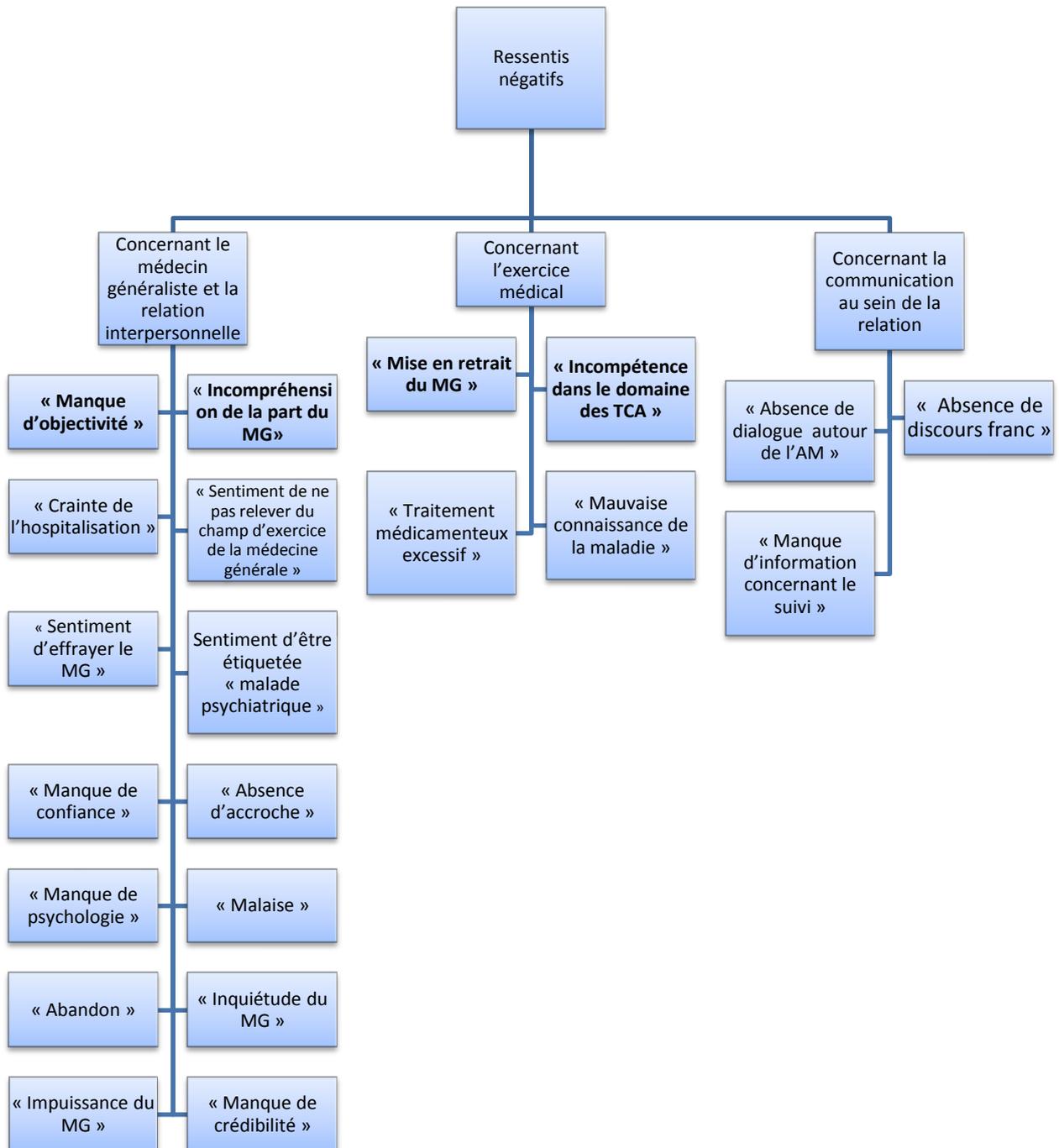


Figure 7: ressentis perçus comme négatifs

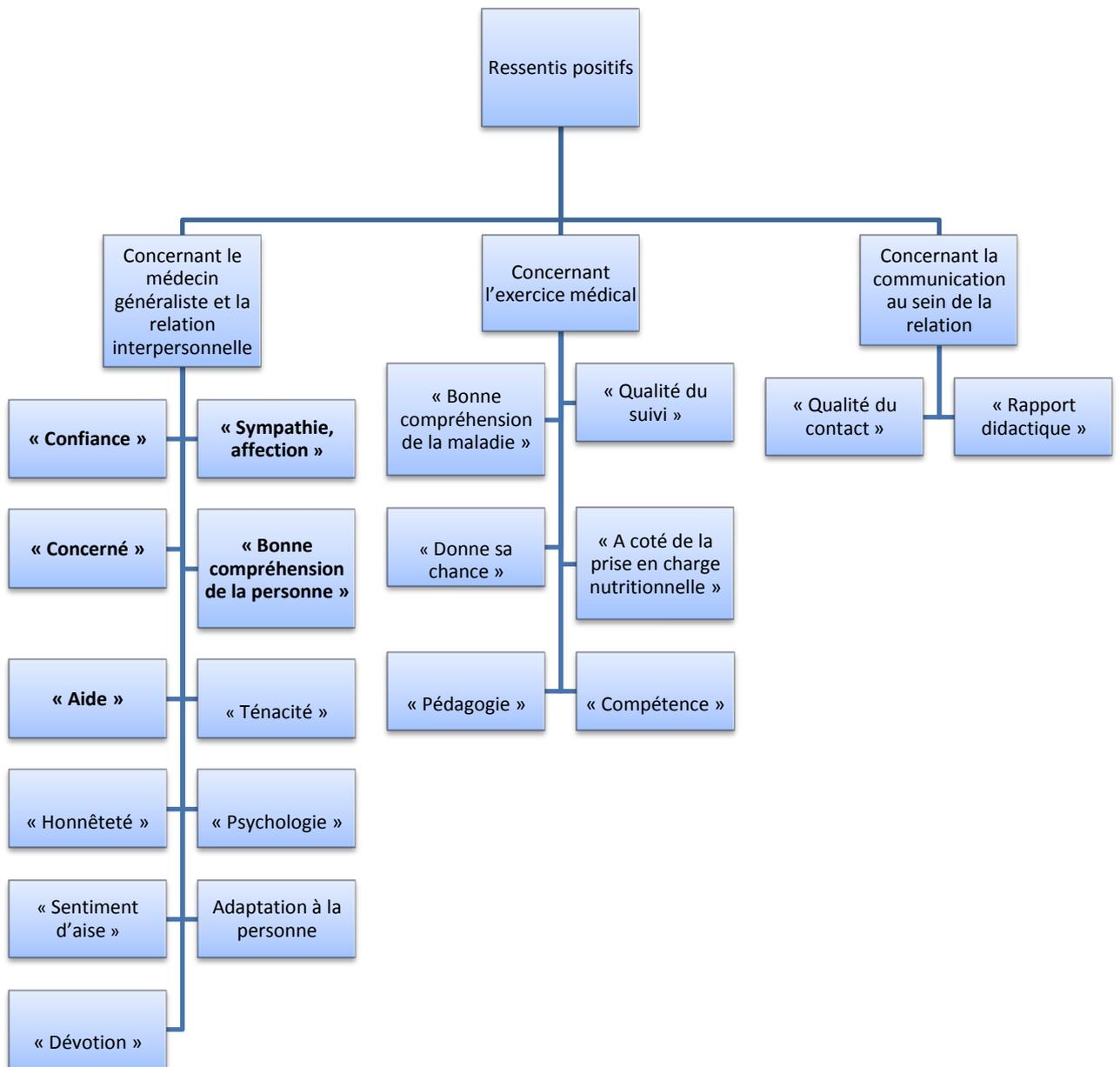


Figure 8: ressentis perçus comme positifs

4.6. Représentations concernant le médecin généraliste

« En décalage, à côté voir en dehors du suivi », « dépassé ou en retard »

« Médecin de famille, faisant comme partie de la famille »

« Médecin des maux courants »

« Exécutant »

« Allié »

« Proie facile »

« Pilier d'une prise en charge pluridisciplinaire »

« Médecin somaticien uniquement »

V) DISCUSSION

5.1. Place du médecin généraliste accordée par les patientes dans la prise en charge de l'anorexie mentale.

Les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS, sur la prise en charge de l'anorexie mentale de juin 2010 (9), de nombreuses thèses comme celle de LUCE C. (20) ou d'ARISTE-ZELISE C. (21), ont placé le médecin généraliste au centre de la prise en charge de l'anorexie mentale, à côté du psychiatre et en collaboration avec les autres partenaires de soins. Certains parlent même de « thérapeute référent » (20).

Ce travail a nuancé cette place. En reprenant plus précisément la place du médecin généraliste dans le parcours de soins de ces patientes, on pouvait s'apercevoir que cette place y était aléatoire au fil de parcours de soins.

La première consultation où le problème de dénutrition a été abordé, a été réalisée par le médecin généraliste de l'époque dans 6 cas sur 16 (37.5%), le reste des cas était représenté par l'ensemble des autres spécialistes. Par conséquent, dans plus de la moitié des cas, le diagnostic de TCA a été fait par un autre spécialiste que le médecin généraliste. Plusieurs auteurs rappellent que les médecins généralistes sont en première ligne pour dépister l'anorexie mentale (22), mais à mon sens, ils ne sont pas seuls, nombre de spécialistes le sont également.

On relève une tendance selon laquelle, la plupart des patientes interrogées n'avaient pas consulté au préalable le médecin généraliste (n : 7/10).

Cela contraste avec l'étude réalisée en Grande Bretagne, qui montrait que les patients atteints de troubles du comportement alimentaire consultaient plus fréquemment leur médecin généraliste dans les cinq ans précédant le diagnostic, de façon significative, en comparaison avec un groupe témoin (13).

À la suite de cette première consultation, un suivi a été mis en place et réalisé : à ce stade du parcours de soins, plus que 4 patientes sur 16 (25%) consultaient leur médecin généraliste comme intervenant de choix pour la prise en charge de l'anorexie mentale, alors que le médecin généraliste avait été le deuxième intervenants de choix, après le psychiatre, recommandé par les intervenants.

Le médecin généraliste était le principal intervenant préconisant les hospitalisations et de façon majoritaire en service de soin somatique, ce qui laissait à penser que les troubles d'ordre somatique ont été les plus problématiques rencontrés en ville. Curieusement, lorsque les patientes étaient interrogées sur leur ressenti concernant leur relation avec le médecin

généraliste, la crainte de l'hospitalisation n'apparaissait pas plus que pour les autres intervenants. Il était possible qu'elles n'accordent que peu de crédit au projet d'hospitalisation annoncé par le médecin généraliste. À ce propos, lors du recueil des ressentis, le « manque de crédibilité » avait été rapporté concernant le médecin généraliste.

Cette étude a montré que dans la plupart des cas, lors de la mise en place d'un suivi en hôpital de jour psychiatrique, ce suivi ne s'accompagnait pas d'un suivi conjoint avec le médecin généraliste pour ces patientes.

Dans les changements liés aux « périodes de post-hospitalisation », on pouvait remarquer que le médecin généraliste reprenait quelque peu place dans le suivi des patientes. À ce stade du parcours de soins, 8 patientes sur 14 (57%) consultaient leur médecin généraliste. De plus, notons que le renforcement de ce suivi en termes de fréquence était remarqué dans 2 cas.

Dans les 2 cas où les patientes étaient sorties contre avis médical, le suivi ultérieur a été réalisé par le médecin généraliste.

En interrogeant les patientes sur leur suivi médical actuel ou précédent l'hospitalisation : à ce stade du parcours, 10 patientes sur 16 (62 %) étaient suivies par le médecin généraliste. Même si ce travail était un travail qualitatif, ce pourcentage laissait penser que le médecin généraliste restait dans le suivi. Donc, dans les faits constatés, elles consultaient le médecin généraliste, mais ce dernier avait-il une place de choix dans la prise en charge ?

5.2.Eléments d'explication justifiant la place du médecin généraliste, dans la prise en charge de l'anorexie mentale.

5.2.1 Eléments d'explication supposés

Les patientes atteintes d'anorexie mentale, dans les premiers temps de la maladie ne vont pas toutes consulter le médecin généraliste. Plusieurs explications pouvaient être avancées, comme celle du déni de la maladie d'une façon globale ainsi que celle liée à une des représentations du médecin généraliste retrouvées dans ce travail. Il s'agissait de celle représentant le médecin généraliste en « médecin de famille », faisant comme partie de la famille. Nous pouvions alors aisément imaginer que la jeune patiente anorexique mentale, en rupture avec sa propre famille, comme cela arrive parfois, ait des difficultés à initier une relation médecin-patient avec « le médecin de famille ». Une autre explication serait l'âge de début de la maladie, souvent à l'adolescence : âge au cours duquel avoir un médecin généraliste traitant n'est

pas complètement évident. Or, en France, la déclaration du médecin traitant est obligatoire à partir de l'âge de 16 ans (23).

Si l'on s'intéressait au troisième motif de consultation représenté lors de la première consultation où le problème de dénutrition a été abordé, qui était la « prise de conscience même partielle des troubles », les patientes consultaient alors ensuite, uniquement le médecin généraliste, dans l'étude. Le déni de la maladie joue-t-il un rôle sur l'absence de consultation chez le médecin généraliste et inversement la prise de conscience même partielle, ne jouerait-elle pas un rôle dans la consultation chez le médecin généraliste ? Le déni de la maladie n'influence-t-il pas la place du médecin généraliste accordée par les patientes dans la prise en charge ?

Concernant l'absence de suivi conjoint avec le médecin généraliste lors d'une prise en charge en hôpital de jour psychiatrique, le caractère prenant de ce suivi psychiatrique ne laisserait éventuellement que peu de place à celui du médecin généraliste.

Au sujet du renforcement de suivi avec le médecin généraliste remarqué en période de post-hospitalisation, on pouvait tout d'abord imaginer que nos patientes suivaient les recommandations de l'équipe hospitalière, mais on pouvait également se poser la question si à ce moment précis de la prise en charge, l'hospitalisation n'avait pas un rôle majeur dans la prise de conscience de leur maladie. Aussi pouvions-nous nous interroger sur une possible évolution du déni de la maladie avec l'évolution de la maladie ?

Dans les deux cas où les patientes étaient sorties contre avis médical, le suivi ultérieur a été réalisé par le médecin généraliste. Le médecin généraliste n'est-il pas celui qui reste dans ces situations là ?

Lors des entretiens, lorsque nous abordions ce suivi actuel et l'intervenant qu'était le médecin généraliste, leurs réactions spontanées renvoyaient à certaines des représentations retrouvées dans ce travail concernant le médecin généraliste : celle d'un médecin « en décalage, à côté du suivi, en-dehors du suivi nutritionnel », celle du « médecin des maux courants » ou encore celle d'un « exécutant » parfois.

5.2.2 Éléments d'explication accordés par les patientes

Concernant le début de leur maladie, beaucoup de patientes ont critiqué le déni dans lequel elles se trouvaient. Ce déni de la maladie a été l'une des raisons avancées à l'absence de consultation auprès du médecin généraliste.

La place du médecin généraliste n'était pas toujours au centre de la prise en charge. A ce propos, les patientes ont rapporté la mise en retrait de la part du médecin généraliste lui-même, avec un sentiment d'incompétence avouée, concernant la prise en charge de la maladie.

5.3. Discussion des autres résultats de l'étude

Les résultats cités ci-dessous ne sont pas de caractères principaux, mais certains ont suscité mon étonnement et méritaient d'être discutés.

5.3.1 Première consultation où le problème de dénutrition est abordé

Dans ce travail, les intervenants réalisant cette consultation ont été très variables : 8 spécialistes différents, s'agissant de médecins généralistes, psychiatres, gynécologues, médecin du travail, gastro-entérologue, endocrinologue, médecin du sport et dermatologue.

Ces résultats mettent en évidence la présence d'intervenants dans le parcours de soins de ces patientes, plus ou moins inattendus. En effet, ces spécialistes ne sont pas tous cités comme professionnels concernés dans les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS de 2010, concernant la prise en charge de l'anorexie mentale (9). Devant cet état de fait, il semblerait nécessaire d'évaluer l'intérêt de cibler la formation concernant les TCA sur l'ensemble de ces intervenants.

Il était intéressant de noter que dans un cas, la patiente a d'abord consulté un gynécologue, avant d'être adressée chez l'endocrinologue où le problème de dénutrition a été abordé. Cette attitude implique que ce premier médecin a très certainement pensé au diagnostic d'anorexie mentale mais n'en a pas parlé à notre patiente et l'a directement envoyé chez un confrère. Il s'est, en quelque sorte, mis en retrait de la prise en charge. Il serait intéressant de nous interroger sur les raisons de cette attitude face à cette patiente venue le consulter. A-t-il été effrayé par cette maladie ? A-t-il manqué de connaissance ou d'expérience pour prendre en charge cette patiente ? A-t-il eu des difficultés pour communiquer avec elle ?

Le temps écoulé entre le début des troubles et cette première consultation était très variable. Il était en général de moins d'un an. Mais souvenons-nous de cette patiente qui a eu la consultation de dépistage, huit ans après le début des troubles ; ce qui laisse entendre que ces patientes peuvent tout de même passer aux travers des prises en charge.

Concernant le motif de consultation, il était estimé que 50% des patientes atteintes d'anorexie mentale ne consultaient pas pour troubles du comportement alimentaire. Dans cette étude, l'inquiétude des proches était le principal motif de cette consultation. Ce motif était considéré comme celui qui ressortait le plus souvent dans la thèse de C.ARISTE-ZELISE (21). Certains comme E. ROULLIER, dans sa thèse (24), précisent que l'inquiétude des proches concerne l'amaigrissement et d'autres comme L. LEBOUEDEC (25) rapportent uniquement l'amaigrissement comme l'un des principaux motifs de consultation.

Les troubles de l'humeur arrivaient juste après. Ces troubles avaient été également retrouvés par F. FABRY-PONROUCH (26) et L. LE BOUEDEC (25) dans leurs études comme faisant partie des trois principaux motifs de consultation.

Le troisième motif étant aussi représenté que le précédent, était la prise de conscience partielle des troubles. Ce motif était considéré comme inattendu, en comparaison avec les autres travaux précédemment cités.

Concernant le suivi préconisé par l'intervenant (tous médecins confondus) ayant réalisé cette première consultation, nous pouvions remarquer que le suivi psychiatrique était le plus fortement représenté. Ceci illustre que les médecins considéraient l'anorexie mentale, avant tout comme une maladie psychiatrique. L'anorexie a été tour à tour rangée sous la bannière de l'hystérie, de la névrose obsessionnelle, de la perversion, de la mélancolie, de la phobie, enfin des maladies addictives (27).

L'absence de suivi préconisé a été retrouvée dans 4 cas sur 16 (25%), ce qui était étonnamment élevé à mon sens.

Par ailleurs, le suivi pluridisciplinaire qui est pourtant recommandé par l'HAS (8) ainsi que par la majorité des auteurs (28), n'était pas préconisé à ce moment de la prise en charge, selon les patientes.

5.3.2 Intervenants ultérieurs réellement mis en place et suivi réalisé

Le suivi préconisé n'était pas toujours celui réalisé. Les patientes n'ont pas toujours réalisé le suivi qui leur avait été préconisé. Il existait donc une différence entre le suivi préconisé et le suivi réalisé. Seulement 4 patientes sur 6 ont réalisé le suivi préconisé.

Les demandes thérapeutiques, quand elles existent, formulées par les patientes sont souvent nombreuses, diversifiées, diététiques, psychothérapeutique, médicamenteuses, comportementales, etc...mais rarement poursuivies avec assiduité, du moins au début (29). A cela s'ajoute certainement, le déni probable des troubles à ce moment précis du parcours.

5.3.3 Les hospitalisations

Les motifs d'hospitalisation n'étaient pas réellement étonnants : la dénutrition occupant la première place pour les services somatiques et le relais de prise en charge pour les services psychiatriques. On a constaté que si la patiente présentait un état nutritionnel sévère, l'accès au travail psychiatrique et comportemental se réalisait dans un second temps thérapeutique.

Par ailleurs, il était remarquable que les motifs d'hospitalisation en service de soins somatiques semblaient plus variés.

Dans l'étude, a été soulignée une forte prévalence d'hospitalisation en service spécialisés dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire, ce qui pouvait s'expliquer par le recrutement d'une population considérée comme sévère et par le lieu de l'étude où se trouvaient plusieurs centres de référence.

On a noté que le moment de l'hospitalisation constituait le principal temps où les changements de suivi s'opéraient.

5.3.4 Prise en charge pouvant s'articuler avec la dénutrition

Au fur et à mesure de la réalisation des entretiens, de plus en plus d'intervenants, autres que le médecin généraliste, le psychiatre et le médecin nutritionniste étaient mis en avant par les patientes. Il s'agissait pour la majorité de gynécologue. Puis étaient retrouvés des médecins du travail, un médecin du sport, des dentistes, des anesthésistes, un gastro-entérologue, un dermatologue, un obstétricien, une infirmière scolaire.

Les motifs de consultation pour ces différents intervenants étaient des consultations de routine ou des motifs en lien avec les conséquences de la dénutrition (aménorrhée secondaire,

déchaussement dentaires, fracture sur ostéoporose sévère, douleurs abdominales, chute des cheveux, stérilité, inquiétude parentale...)

Le déni de la maladie de l'anorexie mentale ne serait-il pas relatif concernant les conséquences-symptômes de la dénutrition comme les stigmates physiques ?

En effet, ces patientes ne semblaient pas être dans le déni de ces conséquences physiques, ce qui contrastait avec le déni de la maladie d'une façon globale. Cet état de fait justifiait certainement ces consultations de divers spécialistes.

Pour la majorité de ces prises en charge spécialisées, le suivi avait été régulier, ce qui laisserait envisager, si elle a lieu, une action contre la dénutrition au long cours, avec une fréquence de suivi adaptée. Or, même si de nombreux rôles fondamentaux dans la prise en charge des patientes ont été rapportées (Dépistage, éducation, prévention...), 38 % de ces intervenants n'ont pas eu d'action contre la dénutrition. Est-ce parce que cette maladie les effraie, parce qu'ils n'ont pas vu ou voulu voir l'état de leur patiente ou par manque de connaissance sur les TCA ?

5.3.5 Suivi médical actuel ou précédent l'hospitalisation

Le suivi psychiatrique et le suivi avec le médecin généraliste étaient les deux suivis les plus représentés, le suivi avec le médecin nutritionniste arrivait ensuite. Le suivi multidisciplinaire qui est préconisé par les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS (9) est représenté dans ce travail dans 11 cas sur 16 (68 %), ce qui est plutôt satisfaisant mais loin d'être parfait.

L'ancienneté moyenne du suivi était de 24 mois, alors que l'ancienneté moyenne des troubles était de 9 ans et 7 mois, ce qui laisse supposer un suivi changeant au cours de toute une prise en charge.

Nous aurions pu penser que le suivi avec le médecin généraliste se retrouverait de façon peut-être moins présente chez les patientes plus sévères car elles devaient avoir de principe, une prise en charge plus spécialisée, mais d'après nos résultats, il n'en est rien, puisque plus de la moitié des patientes hospitalisées avait un suivi avec le médecin généraliste alors qu'à peine la moitié des patientes ambulatoires voyait leur médecin généraliste.

5.3.6 Influence de l'environnement dans l'orientation du parcours de soins

Au terme de l'étude, ce que nous pouvions constater était que l'avis des membres de la famille, d'amis ou du compagnon pouvait avoir une influence sur l'orientation du parcours de soins. Concernant la famille aucune tendance ne s'affirmait clairement vers une orientation plutôt qu'une autre, concernant les amis et le compagnon, il se dégagait une tendance vers une orientation somatique.

Une notion intéressante a également été rapportée par une patiente, celle du « déni du proche », qui n'encourageait pas la prise en charge activement.

5.3.7 Autres questionnements

Le choix de l'intervenant n'est il pas parfois un moyen de ne pas voir la maladie en face ?

Le médecin laissant passer une patiente anorexique mentale, sans faire le diagnostic, n'a-t-il pas vu ou n'a-t-il pas voulu voir son état ?

5.4. Forces et apports de l'étude

Cette étude a un caractère original dans la mesure où elle traite de la place du médecin généraliste au sein du parcours de soins des patientes atteintes d'anorexie mentale en Île-de-France. Le point de vue est lui aussi singulier en ce sens qu'il se fonde sur le ressenti des patientes.

Les entretiens semi-dirigés ont permis l'émergence d'idées variées et parfois inattendues. Les patientes ont manifesté beaucoup d'entrain au cours des entretiens et ont été très informatives. Elles ont pu, à mon sens, s'ouvrir lors de la discussion sans appréhender le jugement d'un soignant. La durée de l'entretien n'était pas limitée pour pouvoir laisser la patiente s'exprimer aussi librement que possible.

L'enregistrement des entretiens a permis une retranscription fidèle de la pensée de chacune des patientes interrogées qui ont rapidement oublié l'existence de l'enregistrement.

La retranscription des entretiens dans les 48 heures a permis d'adapter le guide d'entretien. Les sujets abordés étaient alors repris lors des entretiens suivants s'ils n'avaient pas été mentionnés.

Leur relecture par une tierce personne a permis de dégager de nouveaux thèmes abordés en comparant les analyses.

L'arrêt des entretiens a eu lieu après saturation des données concernant les ressentis des patientes envers les différents intervenants.

La population interrogée représentait un échantillon relativement diversifié notamment en termes d'âge des patientes pour une étude portant sur l'anorexie mentale. De plus, cet échantillon était issu d'un recrutement multicentrique, tout en accordant une certaine vigilance à recruter des patientes ambulatoires et également des patientes hospitalisées, toujours dans le souci d'obtenir un échantillon diversifié.

5.5. Limites de l'étude.

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

La réalisation des entretiens s'est arrêtée lors de l'obtention d'une saturation des données concernant les ressentis des patientes envers les différents intervenants de leur prise en charge. Par contre, les données n'ont pas été saturées sur leur parcours de soins respectifs.

Le caractère diversifié de l'échantillon a été souligné dans le paragraphe précédent mais il existait néanmoins un déséquilibre dans le recrutement car la majorité des patientes (62%) étaient hospitalisées. De plus, la diversité géographique n'est pas réellement représentée, la grande majorité des patientes résidaient à Paris.

Les patientes, hormis une, avaient toutes été recrutées au sein de structure de soins spécialisées dans les TCA, ce qui laissait penser à un suivi optimal pour leur pathologie. Les résultats de cette étude ne seront donc pas forcément applicables à l'ensemble de la population des anorexiques mentales.

Rappelons que l'IMC moyen des patientes hospitalisées était de 13.4 et que parmi ces patientes, certaines présentaient un IMC à 10.9 ou 11, ce qui impliquait parfois une élaboration cognitive moins aboutie en raison notamment d'un ralentissement psycho-moteur important du fait de l'état nutritionnel.

Les conditions de production du discours n'ont pas toutes été optimales. Dans deux entretiens, le discours aurait pu être plus riche, s'ils avaient eu lieu dans de meilleures conditions.

Afin d'éviter d'orienter les patientes pendant l'entretien, les questions posées sont restées les plus ouvertes possibles. Mais il est évident que certaines relances ou interrogations ont pu laisser entrevoir, l'avis personnel de l'enquêtrice.

De même, pour l'analyse des données, le travail de « distanciation » n'a pas toujours été aisé. Ce terme fait référence au sociologue allemand, N. ELIAS qui explique que, pour parvenir à ses fins, le chercheur en sciences humaines et sociales doit s'efforcer de sortir de son « engagement » en prenant ses distances avec un domaine où il est lui-même investi (18).

Quant à la généralisation des résultats, la prétention de la recherche qualitative à passer du singulier à l'universel est encore en discussion dans les hautes sphères épistémologiques, comme a pu le montrer la conférence de clôture du 3^{ème} Colloque International Francophone sur les Méthodes Qualitatives (19). Ces résultats ont l'avantage de dépendre une réalité, qui ne prétend pas exister dans le monde réel, mais dans un « monde possible ». L'essentiel de leur intérêt est de faire naître une réflexion, et non pas de faire force de loi. La réalisation d'une étude quantitative par questionnaire basée sur les résultats de cette étude qualitative pourrait apporter des données complémentaires.

Les chiffres et pourcentages dans ce travail, n'ont pas les mêmes valeurs que dans un travail quantitatif ; ils ne sont indiqués ici que pour exprimer une tendance retrouvée qui pourrait se dégager. De même, les nombres d'occurrences indiqués à la suite de chaque idée ont été renseignés afin de hiérarchiser les sous-thèmes et d'attribuer, de ce fait, une certaine importance à une idée, en fonction des entretiens.

V) CONCLUSION

L'anorexie mentale n'est pas une maladie rare, avec 1.5% à 2 % des adolescentes et femmes de moins de 30 ans atteintes (30). Nous parlons de la maladie psychiatrique qui engendre le taux de mortalité le plus élevé, jusqu'à 10 % dans des études comportant un suivi de plus de 10 ans (30) (31) (32).

L'approche pluridisciplinaire, préconisée par l'HAS, dans les recommandations de bonnes pratiques de juin 2010 et justifiée par la nécessité d'aborder les dimensions nutritionnelles, somatiques, psychologiques et familiales pose le problème de l'articulation des différents intervenants au sein d'un projet de soins global au long cours (9). Ce problème existe sans compter le déni de la patiente concernant sa maladie et les forces vives de l'anorexie mentale qui la mèneront vers un parcours de soins difficilement établi à l'avance.

La communauté scientifique s'accorde à attribuer au médecin généraliste une place centrale dans la prise en charge de l'anorexie mentale. Il est en première ligne pour le dépistage. Il peut coordonner les soins, assurer la prévention primaire et tertiaire, veiller au maintien de l'alliance thérapeutique et soutenir les aidants.

Ce travail a tenté de faire naître une réflexion autour de la place du médecin généraliste accordée, cette fois-ci, par les patientes elles-mêmes. Cette place semble être variable au fil du parcours de soins des patientes. Il semble que ce soit le déni de la maladie dans sa globalité qui freinerait l'initiation d'une relation de soin avec le médecin généraliste, car il est justement celui qui incarne le mieux et est le plus à même de prodiguer une prise en charge globale. Par ailleurs, ces patientes ne semblaient pas avoir de réel déni des conséquences de leur dénutrition ; elles relevaient spontanément les symptômes invalidants en lien avec leur état nutritionnel. De ce fait, la consultation d'autres spécialistes prenait alors tout son sens. A été mis en évidence dans ce travail, l'existence de nombreux spécialistes plus ou moins attendus dans le parcours de soins d'une anorexie mentale. L'intérêt d'évaluer la nécessité de cibler la formation TCA à ces intervenants, paraît indispensable.

Le médecin généraliste reste néanmoins un des intervenants potentiellement majeur dans cette prise en charge difficile qu'est celle de l'anorexie mentale.

Nombre de médecins sont démunis face à cette maladie. La poursuite des formations complémentaires concernant les troubles du comportement alimentaire ainsi que le travail en

réseaux spécialisés restent indispensables afin d'amoinrir ce sentiment et prodiguer une prise en charge optimale aux patientes.

VI) REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Gicquel L, Pham-Scottez A, Corcos M. Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte. *La revue du praticien*, juin 2008.vol.58. n°30
- (2) American Psychiatric Association. *Troubles des conduites alimentaires. DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-moulineaux: Masson; 2005. p. 675-682.
- (3) Hoek H.Incidence, prevalency and morbidity of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 2006.vol 19.n°4.p.389-94.
- (4) Rigaud D. *Nutrition clinique pratique*. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux, Schlienger JL. 2011. ISBN : 978-2-294-70931-9.
- (5) Godart N, Lyon I, Perdrereau F, Corcos M. Prise en charge des troubles des conduites alimentaires chez les adolescentes. *La revue du praticien*, janvier 2008. vol.58. n°31
- (6)Mijan de la Torre A, Perez-Garcia A, Martin de la Torre E, de Mateo Silleras B. Is an integral nutritional approach to eating disorders feasible in primary care? *Br J Nutr*. Aug 2006. Vol 96 Suppl 1. p:82-5
- (7) Mehler PS.
Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care setting. *Ann Intern Med*. 2001 Jun 5.Vol 134(11).p:1048-59
- (8) William PM, Goodie J, Motsinger CD.
Treating eating disorders in primary care. *Am Fam Physician*. 2008 Jan 15.Vol 77(2).p:187-95
- (9) Site web de l'HAS : Haute Autorité de santé [En ligne]. Saint-Denis La Plaine : Haute autorité de santé [consulté le 10 juillet 2013]. Disponible sur internet <http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf>
- (10) Durand MA. And King M. Specialist treatment versus self-help for boulimia nervosa: a randomized controlled trial in general practice. *Br J Gen Pract*, 2003.Vol 53(490):p.371-7.
- (11) King M.B. Eating disorders in general practice. *J R Soc Med*, 1990. Vol 83(4):p.229-32.
- (12) Whitehouse A.M., et al., Prevalence of eating disorders in three Cambridge general practices: hidden and conspicuous morbidity. *Br J Gen Pract*, 1992. Vol 42(355):p.57-60.
- (13) Eliane C, Ogg, Harry R. Millar, Edit E. Pusztai, and Alison S. Thom
General Practice Consultation Patterns Preceding Diagnosis of Eating Disorders
Int J Eat Disord. 1997. Vol 22 :p 89-93.
- (14) Observatoire régional de la santé de Haute Normandie
Enquête de prévalence des troubles nutritionnels chez les patients consultant en médecine générale en Haute Normandie. *NORMANUT II*. Rouen 2010.
- (15) Blanchet A, Gotman A. *L'Entretien, L'Enquête et ses méthodes*. 2e ed, Armand Collin ; 2010.

- (16) Letrilliart, Bourgeois I, Vega A, Citée J, Lustman M. Glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Exercer*. 2009. Vol 20(88) :p 106-12.
- (17) Glaser BG. Strauss AL. *La découverte de la théorie ancrée : stratégies pour la recherche qualitative*. Paris : Armand Collin ; 2010.
- (18) Lahire B, Elias Norbert. Site web de Persée : portail de revues scientifiques en sciences humaines et sociales [En ligne]. [Consulté le 11 juillet 2013]. Disponible sur Internet <http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/frsoc_00352969_1993_num_34_4_42>
- (19) RIFREQ, juin 2011, Montpellier.
- (20) LUCE C. Descriptions clinique et moyens de prise en charge actuels des troubles du comportement alimentaire (TCA) chez l'adolescent : anorexie, boulimie. Thèse d'exercice de médecine. Paris : Université Paris Est Créteil, 2005. 80f
- (21) ARISTE-ZELISE C. Modalités du diagnostic de l'anorexie mentale de l'adolescent par le médecin généraliste en ambulatoire. Thèse d'exercice de médecine. Paris: Université Paris Est Créteil, 2013. 95f
- (22) Marks P. and al. GPs managing patients with eating disorders *Australian family physician*. 2003. Vol 32. n°7
- (23) Site de l'assurance maladie [en ligne]. [Consulté le 2 aout 2013]. Disponible sur internet <www.ameli.fr>
- (24) ROUILLIER E. Médecin généraliste et patient anorexique. Thèse d'exercice de médecine. Rennes : Université de Rennes, 2011.88f
- (25) LE BOUEDEC L. Anorexie mentale de l'adolescence et médecine générale : réflexion concernant le rôle et l'implication du médecin traitant à partir d'une enquête réalisée auprès des omnipraticiens du Maine et Loire. Thèse d'exercice de médecine. Angers : Université d'Angers, 1995.80f
- (26) FABRY-PONROUCH F. Evaluation de la prise en charge de l'anorexie mentale à l'adolescence en médecine générale à travers une enquête menée auprès des médecins généralistes de la Marne. Thèse d'exercice de médecine. Reims : Université de Reims, 2011.102f
- (27) Bydlowki S, Corcos M, Consoli S, Paterniti S, Laurier C, Chambry J et al. Anhédonie et conscience émotionnelle : réalités et perspectives dans les troubles des conduites alimentaires. *Ann. Med. Interne*. 2002. Vol 153 n°7 : p 2S52-2S61.
- (28) Godard N, Perdereau F, Flament M, Jeammet PH, *La famille des patients souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie*. 2002. Vol 153, n°6 : p 369-372.

(29) Alvin P, Marcelli. *Médecine de l'adolescent*. 1^{ère} ed. Paris : collection pour le praticien, 1999.p 200.

(30) Rigaud D. *Anorexie, boulimie, compulsions alimentaires. Les troubles du comportement alimentaire*. 1^{ère} ed. Paris : Editions Marabout ; 2003. p. 323.

(31) Site anorexie et boulimie (rubriques « pour les professionnels de santé » :38 textes sur les TCA). [En ligne]. [Consulté le 15 aout 2013]. Disponible sur internet <www.anorexie-et-boulimie.fr>

(32) Sigel E. Eating disorders. *Adolesc Med State Art Revue*. 2008. Vol 19 p : 547-72.

VII) OUVRAGES METHODOLOGIQUES

1. Blanchet A, Gotman A. *L'Entretien, L'Enquête et ses méthodes*. 2^{ème} ed. Paris : Armand Collin. 2010.
2. Glaser BG. Strauss AL. *La découverte de la théorie ancrée : stratégies pour la recherche qualitative*. 1^{ère} ed. Paris : Armand Collin ; 2010.
3. Letrilliart, Bourgeois I, Vega A, Citée J, Lustman M. *Glossaire d'initiation à la recherche qualitative*. *Exercer*. 2009. Vol 20(88) : p 106-12

VIII) ANNEXES

9.1. Critères DSM-IV-TR de l'anorexie mentale

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

- A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (par exemple, perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu , ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu).
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur.
- D. Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes).

Type restrictif (restricting type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crise de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs, (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crise de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (binge-eating/purging type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements).

9.2. Test de dépistage EAT 26

Nom : **DDN :**

Examineur : **Date :**

Le test qui suit permet de déceler les personnes qui risquent de contracter un trouble des conduites alimentaires.

Répondre à chaque question par : toujours, très souvent, souvent, quelquefois, rarement ou jamais.

1. Je suis terrifiée à l'idée d'être trop grosse.
2. J'évite de manger quand j'ai faim.
3. Je suis préoccupée par la nourriture.
4. J'ai fait des excès alimentaires au cours desquels je pensais ne pas pouvoir m'arrêter.
5. Je coupe ma nourriture en petits morceaux.
6. Je suis consciente du contenu calorique de la nourriture que je mange.
7. J'évite particulièrement les aliments tels le sucre, le pain ou les pommes de terre.
8. J'ai l'impression que les autres préféreraient que je mange davantage.
9. Je déteste avoir mangé.
10. Je me sens terriblement coupable après avoir mangé.
11. Je suis préoccupée par le désir d'être plus mince.
12. Je me pèse plusieurs fois par jour.
13. Je pense que je suis en train de brûler des calories quand je fais des exercices.
14. Les autres pensent que je suis trop mince.
15. Je suis préoccupée par l'idée d'être grassouillette.
16. Je prends plus de temps que les autres à manger mes repas.
17. J'évite de manger de la nourriture qui contient du sucre.
18. Je mange des aliments diététiques.
19. J'ai l'impression que la nourriture contrôle ma vie.
20. Je suis disciplinée devant la nourriture.
21. J'ai l'impression que les autres me poussent à manger.
22. Je consacre trop de temps et pense trop à la nourriture.
23. Je ne me sens pas à l'aise après avoir mangé des sucreries.
24. J'aime que mon estomac soit vide.
25. Je déteste essayer de la nouvelle nourriture riche en calories.
26. J'ai envie de vomir après les repas.

Source : Adaptation du Eating Attitude Test (Garner et Garfinkel, 1979) (trad. libre).

CORRECTION DU TEST :

- **Compter 3 points pour les réponses « toujours »,**
- **2 points pour les réponses « très souvent »,**
- **et 1 point pour « souvent ». Un total de 20 points et plus signale une préoccupation excessive pour le poids et un risque que la patiente contracte un trouble des conduites alimentaires, risque d'autant plus élevé qu'elle sera mince.**

9.3. Guide d'entretien

- Ensemble organisé des thèmes à explorer durant les entretiens.
- Entretien de durée illimitée, semi directifs, enregistrés sur bandes audio.
- Consentement du patient et de l'équipe hospitalière obligatoires.
- Présentation initiale du travail de thèse

1/ Données sociodémographiques concernant les patients :

- Sexe :
- Age :
- Activité professionnelle :
- Lieu de résidence :
- Mode de vie : célibataire, marié, enfants, vie seule, vie en couple, vie au domicile familial.
- Médecin traitant déclaré ? Médecin généraliste ou pas ?
- Concernant la sévérité de la maladie : Poids, taille, BMI, ancienneté des troubles, nombre et durées d'hospitalisations antérieures, Nadir du BMI.
- Boulimie et/ou conduites purgatives associées ?
- existence d'aidants ? Et quelles sont leurs qualités ? (famille, amis, mari....)

2/ Autres ATCD ? Traitements actuels ?

- Suivi médical continu ?
- Ancien ou récent ?
- Ressenti-satisfaction ?

3/ Histoire de la maladie récente avec mention des raisons et circonstances de l'hospitalisation actuelle ?

4/ Détail du parcours médical du patient

- Première consultation où le problème de dénutrition est abordé
 - Avec quel intervenant ? (médecin généraliste, autre spécialiste, urgences) dans quelles circonstances ?
 - Quel est le motif de consultation ?
 - Le médecin généraliste avait-il été consulté au préalable ?
 - Suivi ultérieur ?
- Suite chronologique de la prise en charge médicale : (à faire préciser ...)
 - Si présence d'une ou plusieurs hospitalisations : comment et avec qui s'est effectué le relais en ville en post-hospitalisation ? Précision sur la place du médecin généraliste en post-hospitalisation (mise en évidence d'une différence avec la pré-hospitalisation ?)
 - Rechercher systématiquement si la patiente a consulté un gastro-entérologue et/ou un gynécologue et comment ces prises en charge spécialisées se sont articulées avec la dénutrition ?

5/ Ressentis par rapport aux différents intervenants y compris le médecin généraliste ? (en faisant préciser intervenant par intervenant en les citant)

6/ Représentations concernant les différents intervenants ?

7/ Si possible : réflexion avec le patient sur :

- Ce qu'a pu apporter
- Ce que n'a pas apporté le médecin généraliste dans la prise en charge médicale de sa maladie
- Le rôle qu'a joué le médecin généraliste
- Le rôle qu'il aurait du jouer
- La situation, le moment où il aurait du intervenir.

8/ Orientation prévue pour la suite de la prise en charge, après l'hospitalisation actuelle ? (orientation prévue par l'équipe hospitalière et intention du patient ...)

9/ Quel est l'intervenant médical de choix du point de vue des aidants ? quelle est l'influence des aidants dans la prise en charge médicale ? (si possible, faire préciser les raisons...)

10/ Existence d'autre type d'influence poussant à consulter tel ou tel intervenant ? (internet, connaissances, autres malades...)

NB : Pour les patientes interviewées en ambulatoire, la question 3) fera simplement préciser l'histoire de la maladie récente et la question 8) abordera la suite la prise en charge sans précision particulière.

9.4. Fiche de projet de thèse

THEME DE LA THESE :

« La place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints d'anorexie mentale »

JUSTIFICATION :

La première cause d'amaigrissement à l'adolescence est l'anorexie mentale et les crises de boulimie concernent plus de 20 % des 10-19 ans. Au carrefour du psychique et du somatique, les troubles des conduites alimentaires retentissent sur ces deux versants selon une intensité pouvant aller jusqu'à engager le pronostic vital. Ces troubles traduisent une détresse qu'il faut savoir reconnaître et prendre en charge de manière la plus précoce, objective et adaptée possible [1]. Les soins doivent être multidisciplinaires associant une prise en charge somatique, psychique, sociale et familiale. Les médecins généralistes doivent contribuer au dépistage, à l'instauration et au maintien de l'alliance thérapeutique dans cette prise en charge [2]. Il devrait être l'interlocuteur privilégié de ces patients. Les recommandations de bonnes pratiques de juin 2010 sur la prise en charge de l'anorexie mentale, sont basées sur ce principe. De rares études concernant les troubles du comportement alimentaire et en particulier la boulimie a été effectuée en population de médecine générale et une des limites retrouvées est le faible effectif de patients recrutés [3].

HYPOTHESE ET QUESTION :

Nous pouvons supposer que les anorexiques mentaux consultent peu le médecin généraliste ; en effet, le recrutement de ces patients en population de médecine générale est très difficile. Nous pouvons également supposer que ces patients ont un parcours de soins original qu'il reste à préciser.

- Question principale : Quel est le parcours de soin le plus fréquent chez ces patients ?
- Questions secondaires : Quelle est la place réelle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'anorexie mentale ? Pourquoi ces patients ne voient que très peu le médecin généraliste ?

METHODE :

- Analyse qualitative : constitution de plusieurs échantillons raisonnés de patients atteints d'anorexie mentale, de façon multicentrique (centres spécialisés, services hospitaliers).
- Entretiens individuels semi-directifs sur le ressenti des patients concernant les différents intervenants de leur parcours de soin, jusqu'à saturation des données.
- Retranscription des entretiens puis analyse thématique.

RETOMBEES POTENTIELLES :

- Dégagement d'un parcours de soin « classique » du patient atteint d'anorexique mentale, afin de mieux cibler la formation des TCA aux intervenants concernés.
- Déterminer la place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'anorexique mentale : la place accordée par les patients.
- Mise en relief des raisons que les patients ont à consulter le médecin généraliste ou à l'inverse les raisons qu'ils ont à ne pas consulter celui-ci.

ROLE DE L'INTERNE DANS LE PROJET DE THESE:

- Réalisation des entretiens des patients.
- Retranscription des entretiens.
- Réalisation de l'analyse thématique.

X) RESUME

BACKGROUND: The scientific community agrees to assign to the GP a place in the management of this disease.

OBJECTIVE: Identify the course of care of these patients, understand, they say, what place does the GP in the management of this disease and by what process.

METHOD: A qualitative method, a purposive sample of patients with anorexia nervosa, was established in order multicenter, inpatient and outpatient. Semi-structured individual interviews were conducted until data saturation. And a transcript of interviews and a thematic analysis was undertaken.

RESULTS: 16 patients interviews were conducted. Recruitment was carried out in the Ile de France. 100% of patients were women. Place the GP seemed to be variable over the course of patient care. Several representations of the general practitioner and explanations have been reported to justify this place as well as the existence of many scholars more or less expected in their care pathway.

CONCLUSION: The role of general practitioners in monitoring this condition, given by the scientific community seems to differ from that given by the patients. The GP is nevertheless a potentially major player in this difficult task taking. Pursuing additional training on eating disorders is essential to provide an optimal care to patients.

ANNÉE: 2013

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR: RIVES-LANGE Claire

DIRECTRICE DE THÈSE : Dr MIGNOTTE Katell

Anorexie mentale et médecine générale : réflexions concernant la place du médecin généraliste dans le parcours de soins des patientes atteintes d'anorexie mentale ; approche qualitative à partir d'entretiens réalisés auprès des patientes.

CONTEXTE : La communauté scientifique s'accorde à attribuer au médecin généraliste une place de choix dans la prise en charge de cette pathologie.

OBJECTIF : Préciser le parcours de soins de ces patientes, comprendre, selon elles, quelle place occupe le médecin généraliste dans la prise en charge de cette pathologie et par quel processus.

METHODE : Selon une méthode qualitative, un échantillon raisonné de patientes atteintes d'anorexie mentale, a été constitué, de façon multicentrique, en hospitalisation et en ambulatoire. Des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés, jusqu'à saturation des données. Puis une retranscription des entretiens et une analyse thématique ont été entreprises.

RESULTATS : 16 entretiens de patientes ont été réalisés dans les limites de l'Île de France. 100% des patients étaient des femmes. La place du médecin généraliste semblait être variable au fil du parcours de soins des patientes. Plusieurs représentations du médecin généraliste et explications ont été rapportées pouvant justifier cette place, ainsi que l'existence de nombreux spécialistes plus ou moins attendus dans leur parcours de soins.

CONCLUSION : La place du médecin généraliste dans le suivi de cette pathologie, accordée par la communauté scientifique semble différer de celle accordée par les patientes. Le médecin généraliste reste néanmoins un des intervenants potentiellement majeur dans cette prise en charge difficile. La poursuite des formations complémentaires concernant les troubles du comportement alimentaire reste indispensable afin de prodiguer une prise en charge optimale aux patientes.

MOTS-CLÉS :

- Anorexie mentale
- Troubles du comportement alimentaire
- Médecine générale
- Parcours de soins

UFR de médecine Paris Diderot-Paris 7