



HAL
open science

Quels sont les besoins d'un(e) patient(e) anorexique mentale lors d'une primo-consultation en médecine générale ?

Fabien Pauchet

► To cite this version:

Fabien Pauchet. Quels sont les besoins d'un(e) patient(e) anorexique mentale lors d'une primo-consultation en médecine générale ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01420383

HAL Id: dumas-01420383

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01420383>

Submitted on 20 Dec 2016

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE
Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

Année 2016

N°

THESE DE
DOCTORAT en MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par

Mr PAUCHET Fabien
Né le 10 Août 1987 à Noyon (Oise)

Présentée et soutenue publiquement le 28 Septembre 2016

**QUELS SONT LES BESOINS D'UN(E) PATIENT(E)
ANOREXIQUE MENTALE LORS D'UNE PRIMO-
CONSULTATION EN MEDECINE GENERALE ?**

Président : Mr le Professeur WALTER Michel
Membres du Jury : Mr le Professeur BOTBOL Michel
Mme le Docteur AUGUSTIN Muriel
Mr le Docteur CHIRON Benoît

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE
Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

AUTORISATION D'IMPRIMER

Présentée par Monsieur le Professeur WALTER Michel

Titre de la thèse : QUELS SONT LES BESOINS D'UN(E) PATIENT(E)
ANOREXIQUE MENTALE LORS D'UNE PRIMO-CONSULTATION EN MEDECINE
GENERALE ?

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE

OUI :

NON :

En foi de quoi la présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à
Monsieur PAUCHET Fabien
Interne en DES de Médecine Générale

Fait à BREST, le

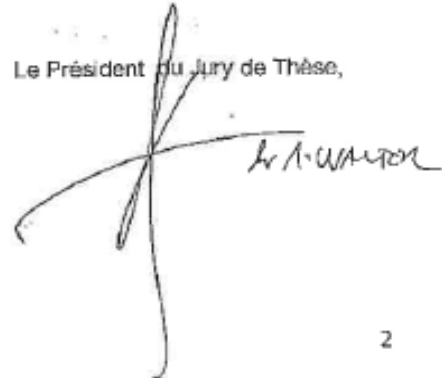
29/8/2016

VISA du Doyen de la faculté
A BREST, le 30.08.16.

Le Président du Jury de Thèse,

Dr A. WALTER

Professeur C. BERTHOUD



2

REMERCIEMENTS

Au Professeur WALTER Michel, qui m'honore en acceptant la présidence du jury. Merci pour votre soutien et vos encouragements.

Au Docteur AUGUSTIN Muriel, pour avoir dirigé ce travail et ton accompagnement dans la découverte de la pratique de la médecine générale. Tu as permis l'ouverture de mon esprit, de quitter jugement et fausses croyances. Merci pour ta patience et ton investissement.

Au Docteur CHIRON Benoît, pour ses conseils et son aide dans la construction méthodologique de ce sujet.

Au Professeur BOTBOL Michel, ainsi qu'aux autres membres de jury, m'honorant également de votre présence et d'avoir accepté de juger mon travail.

A mes maîtres de stage, pour leur enseignement.

A mes patients, de leur confiance, en acceptant de participer et de m'avoir livré le récit de toute une vie.

A Alexia, à qui je dédie ce travail. Merci pour ta présence à mes côtés et de toujours croire en moi.

A Yann, pour son aide et son soutien en mes jours les plus sombres. Merci pour ta lumière bienveillante.

Ainsi qu'à tous ceux qui ont pu m'aider dans ce travail et dans la vie, ils sauront se reconnaître.

SOMMAIRE

PARTIE I : INTRODUCTION	p.5
PARTIE II : MATERIEL ET METHODE	p.7
PARTIE III : RESULTATS ET ANALYSES	p.9
A – La prise en charge des patients anorexiques	p.9
1– Qui sont les anorexiques : Les représentations de l’anorexie mentale	p.9
a. Pour le médecin	p.9
b. Pour la patiente	p.11
2– Quels sont les outils du médecin traitant ?	p.16
a. Le suivi physique	p.16
b. L’orientation, la nutrition et la psychiatrie	p.17
3– Comment permettre le juste investissement du médecin : un cadre nécessaire	p.21
B – Le ressenti des patients face au corps médical	p.24
1– La primo-consultation de médecine générale	p.24
a. Le motif	p.24
b. La communication	p.26
c. L’orientation	p.27
d. L’accompagnement nutritionnel	p.29
e. La surveillance	p.30
f. Les explications	p.31
2– La prise en charge psychiatrique	p.32
a. L’hospitalisation	p.32
b. Le suivi régulier	p.36
c. Le contrat de poids	p.39
d. Le traitement chimique	p.39
C – L’anorexie mentale : un signal d’alarme	p.41
1– Des facteurs prédisposants	p.41
a. L’environnement familial	p.41
b. Une fragilité individuelle	p.45
c. Un facteur déclenchant	p.47
2– Une porte de sortie	p.49
a. Le déclic	p.49
b. Un retour sur cette expérience	p.51
PARTIE IV : DISCUSSION	p.54
PARTIE V : CONCLUSION	p.56
Bibliographie	p.57
Annexes	p.60

PARTIE I : INTRODUCTION

Au fil de mes rencontres, tant sur le plan professionnel que personnel, j'ai pu rencontrer beaucoup de personnes étant anorexiques, qu'elles soient de types restrictifs purs ou boulimiques. Quand ces filles apprenaient que j'étais interne de médecine générale, elles m'avouaient pour la plupart être contentes de voir un jeune médecin s'intéresser à leur maladie ; je n'ai pas eu l'occasion de rencontrer d'hommes anorexiques. Une bonne partie d'entre elles m'ont alors confié que leur contact avec les médecins généralistes, au début de leur maladie ou lors de l'évocation du diagnostic, avait souvent été déplorable. Selon elles, des phrases banales mais dévastatrices ressortaient fréquemment de ces consultations avec leur médecin de famille : « vous êtes anorexique, il faudrait manger plus », « vous êtes boulimique, il faudrait manger moins »... Sont-ce réellement les mots exprimés, l'idée générale de la consultation ou juste un ressenti de patientes alors en grande détresse psychologique ? Au fil de mes stages, je me suis rendu compte qu'un grand nombre de médecins, pas seulement généralistes, étaient très mal à l'aise avec cette pathologie. L'idée d'une thèse centrée sur les patientes m'a semblé intéressante mais certains ont tenté de m'en dissuader. On m'a alors dit que toutes les patientes étaient anosognosiques, alors que les livres que je lisais sur le sujet étaient remplis de témoignages de filles appelant à l'aide. La prise en charge en ambulatoire semblait impossible ou trop difficile et toutes les patientes nécessitaient une hospitalisation en milieu spécialisé, une séparation entre la patiente et sa famille était indispensable... Très perturbé par ce genre de réponses qui allaient à l'encontre de ma représentation du rôle du médecin généraliste, j'ai heureusement eu la chance de rencontrer des pairs me motivant à persévérer. Tout cela confirme cependant un certain malaise à prendre en charge ces patientes. Cette idée est appuyée à la lecture de la thèse de 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* (2011) à l'université de REIMS qui écrit : « Le médecin peut avoir des appréhensions à aborder certaines questions par la crainte de déclencher la colère de la famille qui se sent culpabilisée et montrée du doigt par l'évocation d'un éventuel trouble du comportement alimentaire. » En avançant dans ma bibliographie sur ce sujet, je me suis rapidement rendu compte que la plupart des études s'intéressaient aux médecins (les modalités et les difficultés de prise en charge, leur rôle, leur ressenti, leur besoin de formation...) mais rarement aux patientes. La thèse de RIVES-LANGE, C. *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* (2013) à l'université PARIS DIDEROT – PARIS 7 a notamment permis de ressortir 8 représentations différentes de leur médecin traitant par des patientes atteintes d'anorexie mentale, ou ayant un passé en lien avec cette pathologie, concernant leur médecin généraliste. Elles décrivent :

- Un médecin « en décalage, à côté, voire en dehors du suivi » des troubles du comportement alimentaire car « dépassé ou en retard »
- Un médecin de famille, « faisant comme partie de la famille » avec une vision trop interne de la situation et un manque d'objectivité concernant l'état de la patiente
- Un médecin des maux courants
- Un exécutant, parfois « remplaçant du médecin nutritionniste »

- Un allié, dans le bon mais également dans le mauvais sens du terme (qui « n'aurait jamais hospitalisé contre volonté... »)
- Une proie facile (« se fait rouler... pour avoir des traitements purgatifs »)
- Un pilier d'une prise en charge pluridisciplinaire
- Un médecin somaticien uniquement

Une petite partie des patientes reconnaissent malgré tout quelques apports positifs du médecin généraliste, elles décrivent : « 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 ».

On peut s'étonner de ne pas retrouver cette appréciation du médecin contenant dans les huit profils décrits. D'autre part, un peu plus loin dans son analyse, RIVES-LANGE C. retrouve difficilement deux rôles qu'aurait pu jouer le médecin généraliste auprès de ses patientes : un lien avec les autres spécialistes, une prise en charge psychologique et somatique des troubles alimentaires (sans plus de précisions). Certaines patientes ajoutent qu'elles auraient aimé que le médecin découvre avant elles leur descente dans l'anorexie afin que le mécanisme de privation ne soit pas totalement enclenché lors de leur prise en charge.

La prévalence de l'anorexie mentale n'a de cesse d'augmenter au sein de la population générale et d'autant plus chez l'homme. Elle est maintenant estimée entre 0.9 et 1.5 % avec deux pics d'incidence à 14 et 18 ans mais elle peut apparaître dès 8 ans et ainsi que chez l'adulte. Environ 0.5 à 2.2 % des femmes et 0.3 % des hommes en seraient atteints. De plus, la boulimie toucherait entre 1 à 3% de la population générale et les formes subsyndromiques seraient encore plus fréquentes avec 5 % de la population générale.

Seuls 50 % des patients anorexiques seraient suivis et traités pour ce trouble. Elle est aussi la maladie mentale avec le plus fort taux de mortalité (10%), dont la moitié par suicide et l'autre par complications somatiques.

Dans notre société actuelle, où la forme physique occupe une énorme place et où les canons de beauté s'affichent de plus en plus maigres dans tous les médias, il a été démontré que les jeunes suivant un régime amaigrissant modéré seront 6 fois plus susceptibles de développer un trouble du comportement alimentaire (TCA) ; le chiffre passe à 18 s'il s'agit d'un régime sévère.

Ces réflexions m'ont convaincu qu'aujourd'hui, le médecin généraliste ne sait pas exactement ce qui pourrait soulager son (sa) patient(e) anorexique, ni réellement ce que l'on attend de lui : à quel moment a-t-il un rôle clé à jouer et comment peut-il aider ou soutenir le malade, afin d'éviter un rendez-vous manqué qui donne l'impression à la patiente d'être totalement démunie et seule face à son symptôme. De cette hypothèse, j'ai déduit ma question de recherche : Quels sont les besoins d'un(e) patient(e) anorexique mentale lors d'une primo-consultation en médecine générale ?

PARTIE II : MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude qualitative rétrospective avec entretien individuel semi-structuré s'intéressant au vécu de la première consultation diagnostique en médecine générale de patients (homme ou femme) atteints d'anorexie ou ayant un passé personnel avec l'anorexie mentale.

Pour recruter les sujets, il m'a fallu tout d'abord contacter des médecins généralistes de la région Finistère (par e-mail, téléphone ou rencontre physique), afin de savoir si parmi leur patientèle, il existait des personnes atteintes d'anorexiques mentales. Dans un deuxième temps, les médecins concernés et intéressés proposaient à leurs patients de participer à une telle étude. Leur accord obtenu, je pouvais les joindre par téléphone sans rompre le secret médical. Je leur fournissais alors de plus amples informations sur mon étude et nous fixions un rendez-vous ultérieur pour réaliser l'entretien.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être suivi ou avoir été suivi médicalement pour une anorexie mentale
- Être majeur

Mon seul critère d'exclusion était donc : être mineur.

La taille de l'échantillon a été raisonnée au cours de l'étude, lorsqu'une saturation des données tendait à apparaître.

Concernant le lieu de l'entretien, le choix était laissé aux sujets : soit un entretien face à face dans le cabinet de son médecin traitant ou à son domicile, soit un entretien téléphonique.

La notice d'information et le formulaire de consentement (cf. Annexe 1) leur étaient remis avant le début de l'entretien ou par e-mail quand le patient préférait un échange téléphonique uniquement avec la consigne de me le retourner signé par voie électronique ou par courrier postal.

Pour la réalisation des entretiens, un questionnaire semi-dirigé a été rédigé et modifié à l'issue des premiers entretiens.

Cette grille d'entretien se présentait comme cela :

1. Essayez de vous remémorer la première fois que votre anorexie a été abordée avec un médecin généraliste. Pouvez-vous me raconter cette consultation?
2. Dans le cadre de votre anorexie, quelle est la première personne de votre entourage à avoir soulevé le problème ? Quelles ont été ses remarques ?
3. Qui a été à l'initiative de la première consultation avec le médecin généraliste ? Quel a été le(s) élément(s) déclenchant cette prise de rendez-vous ?
4. Quelle était la gravité de votre état à ce moment ? (IMC, symptômes, conflits relationnels, tristesse ou dépression)

5. Comment procédez-vous dans votre anorexie ? Quelles étaient vos techniques d'amaigrissement ? Y avait-il de la boulimie ?
6. Qu'attendiez-vous de cette consultation ? Aviez-vous fait des recherches de votre côté sur la maladie ?
7. Qu'avez-vous pensé de votre prise en charge médicale et plus particulièrement de l'attitude et des choix de votre médecin généraliste ?
8. A-t-il répondu à vos attentes ? Pourquoi ? Quels ont été ses conseils et traitements ?
9. Que pensez-vous de votre anorexie ? Quelle en a été la cause selon vous ?
10. Qu'est-ce qui vous a aidé ? Quel rôle a joué votre médecin traitant ?
11. Êtes-vous guérie ? Tenez-vous informer votre médecin de cet antécédent ?

L'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Brest (UBO) (cf. Annexe 2).

Pour le recueil de données, les entretiens étaient doublement enregistrés par enregistreur numérique (OLYMPUS Note Corder DP-20) et un smartphone, tous deux placés sur le bureau.

Les enregistrements ont duré entre 28 minutes et 21 secondes et 62 minutes et une seconde avec une moyenne de 42 minutes et 35 secondes.

Les entretiens ont entièrement été retranscrits au format Word.

Caractéristiques de l'échantillon :

Entretien	Sexe du patient	Âge du patient	Âge au déclenchement de la maladie	Guérison selon le patient	Lieu de l'entretien
A	Femme	34 ans	22 ans	Oui	Cabinet médical
B	Femme	52 ans	39 ans	Oui	Par téléphone
C	Femme	24 ans	16 ans	Non	Domicile
D	Femme	18 ans	13 ans	Non	Cabinet médical
E	Femme	26 ans	22 ans	Oui	Domicile
F	Femme	24 ans	16 ans	Oui	Cabinet médical
G	Homme	18 ans	14 ans	Oui	Cabinet médical
H	Femme	38 ans	17 ans	Non	Cabinet médical

Le codage a été réalisé sur papier, après impression de verbatim, selon une méthode heuristique avec un code couleur et faisant ressortir huit grands thèmes à analyser : le suivi du médecin traitant ; le suivi psychiatrique ; les croyances des patients et le manque d'explications ; le cadre du suivi ; la primo-consultation ; l'environnement des patients ; les prémices et facteurs déclenchants de la maladie ; les déclics et ressentis concernant la maladie.

PARTIE III : RESULTATS ET ANALYSES

Nous aborderons dans un premier temps, la prise en charge des patients anorexiques, en nous intéressant aux représentations de la maladie par les médecins puis par les patientes puis en faisant le point sur ce que recommande la littérature, tant sur le plan somatique que psychiatrique. Dans un second temps, nous observerons ce qu'il ressort de ces témoignages au sujet du ressenti des patientes sur leur prise en charge en médecine générale puis psychiatrique. Pour finir, nous nous intéresserons aux différents modes d'entrée et de sorties de la maladie en analysant les prémices, facteurs déclenchants et déclics rapportés par les patients.

A – La prise en charge des patients anorexiques

La Haute Autorité de Santé recommande que les soins élémentaires comportent, au minimum, une consultation régulière chez le médecin traitant, une consultation avec un psychiatre et/ou un psychothérapeute, ainsi que la guidance familiale et pour les proches. Le somaticien peut de plus endosser le rôle de coordinateur et veiller à la cohérence et à la continuité des soins dans la durée (1).

1 – Qui sont les anorexiques : Les représentations de l'anorexie mentale

Au cours de ce travail, il est apparu que la représentation de l'anorexie est aussi large que multiple autant pour les médecins qui avouent ne pas connaître cette pathologie, que pour les patients eux-mêmes, perdus sous les différents symptômes.

a. Pour le médecin

L'anorexie mentale conserve une opinion négative auprès des professionnels de santé, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, ainsi qu'au sein de la population générale.

De nombreux médecins estiment ne pas posséder les connaissances nécessaires pour prendre en charge un patient souffrant d'anorexie mentale. Beaucoup croient de ce fait que le patient doit immédiatement être adressé à un spécialiste, ou même être hospitalisé quel que soit son état somatique, sans même initier un traitement ambulatoire (8).

Cela est observé au sein des témoignages de mon étude :

- Avec la patiente A : *« Je suis retourné le voir avec les analyses de prise de sang, euh, j'avais pas de carences, bizarrement. Donc, du coup, moi j'étais contente, fière de moi presque ! Et, il me dit : « mais nan mais euh S***** (son prénom), c'est pas parce que tu n'as pas de carences que t'es pas malade » et il m'a dit : « de toute façon, si t'étais en carence, tu serais... là je te mettrais sous perfusion » et c'est tout. Et là, il m'a proposé en fait d'aller voir un psychologue. Et ça s'est arrêté là en fait... Après, il ne m'a plus jamais suivi... (hésitation). Moi : D'accord... Vous ne l'avez plus du tout revu ? Patiente : Bah,*

pas pour ça en tout cas. » Puis ce spécialiste l'a lui aussi réorienté immédiatement : « Moi : D'accord. Vous avez fait ce suivi avec ce psychologue ? Patiente : Bah en fait, j'ai été le voir une fois, le euh psychologue, en fait je ne le connaissais pas du tout, je ne l'avais jamais vu et euh il m'a tout de suite proposé une hospitalisation. »

- Avec la patiente H : *« Il lui m'a donc hospitalisé quand il a vu mon poids quoi. [...] Moi : Après cette hospitalisation vous avez revu votre médecin traitant, il y a un suivi qui se met en place ? Patiente : Non, non, j'ai évité, j'ai évité le corps médical... »*

L'article *Primary care physicians' knowledge of and attitudes toward the eating disorders: Do they affect clinical actions?* (2009) démontre qu'il n'existe pas de corrélation entre l'attitude du médecin et ses connaissances concernant les TCA, ni entre l'attitude et le suivi. Cependant, de meilleures connaissances découlent plus souvent vers une proposition de suivi. Elle démontre également que les médecins ont souvent une vision pessimiste de l'issue de l'anorexie mentale et surestiment sa durée moyenne (contrairement à la boulimie où ils sont beaucoup plus optimistes). Cependant le plus souvent, les possibles défauts de connaissance n'entraînent pas d'attitudes négatives ou stigmatisantes. L'étude montre d'ailleurs que face à un nouveau cas, 95.2 % de l'échantillon optait pour l'option « aider le patient à reconnaître la gravité de la maladie et les motiver pour le traitement » et 89.2 % ajoutait « mettre en place un suivi pour surveiller les signes et les symptômes ». Ils n'étaient que 37.3 % à se référer immédiatement à un spécialiste et 41.0 % à mettre en place un journal alimentaire (13).

Les facteurs psychosociaux ont un rôle dans l'apparition des TCA. Mais certaines études tendent à démontrer que les troubles alimentaires pourraient causer ou aggraver les problèmes sociaux. Ces chercheurs proposent donc de soigner le problème physique et restaurer un poids corporel minimal avant même d'aborder les facteurs psychosociaux (8) (12).

La séparation systématique du patient et de sa famille a longtemps été pratiquée, bien qu'aucune étude n'en ait démontré le moindre bénéfice (12).

Le médecin traitant peut aisément orienter le patient vers un éducateur spécialisé ou une assistance sociale si cela est nécessaire. De plus, la discussion avec le patient et sa famille peut être plus facile à mettre en place par ce médecin qui les suit depuis plusieurs années la plupart du temps. Il peut ainsi introduire un traitement et un soutien psychologique :

- Comme nous l'explique la patiente F : *« il m'a dit de faire ce que je voulais, de prendre de la distance avec ma mère, euh si j'avais envie de faire quelque chose, eh bah de le faire sans regarder le regard des autres, euh surtout celui de ma mère, euh ouais elle m'a poussé à faire des trucs que je voulais quoi... »*
- Ou le patiente G : *« Oui c'était des objectifs de poids d'abord et puis faire des efforts avec mon père, elle me donnait des objectifs de faire des activités avec lui. [...] c'est le seul truc (son suivi avec son médecin traitant) qui me faisait garder un peu la raison (rit), et pour ma mère aussi surtout, même si elle, ça a été aussi un peu brute pour elle... [...] elle (sa généraliste) nous a dit au niveau familial, au niveau du soutien moral et pour la reprise de poids aussi... »*

C'est pourquoi, le traitement ne doit pas être retardé par l'attente d'un avis spécialisé (8).

b. Pour la patiente

La représentation la plus tenace et revenant très fréquemment est que l'anorexie mentale serait une maladie incurable.

- Patiente A : « *C'est vrai que j'ai quand même, euh, je sais que je ne suis plus malade... mais y a toujours un petit, enfin, je pense comme toutes les anorexiques, toutes les personnes anorexiques, y a toujours un petit euh, une petite chose dans la tête qui... (silence) qui est là quoi. »*
- Patiente C : « *Moi : Vous n'avez pas cherché vous-même, à vous documenter, à ... ?*
Patiente : (me coupe) euh si, sur des forums. J'ai, je me suis inscrite sur un forum, bah sur Doctissimo, euh, j'étais et j'ai parlé avec d'autres personnes qui avaient le même problème que moi. [...] Oui, me rassurer pi surtout voir est-ce qu'on peut s'en sortir ! »

Dans le pire des cas selon elles, à défaut d'être incurable, la guérison est obligatoirement très longue :

- Quand je lui demande si elle se voit sortir un jour de l'anorexie, la patiente H me répond avec les yeux humides, après un silence et une grande inspiration : « *et bah le truc c'est pas que ça me semble inimaginable si vous voulez, j'ai envie de dire « et pourquoi pas le prince charmant » terminant par un petit rire.*
- Quand je demande à la patiente C, si elle n'a jamais pu discuter avec des personnes qui s'en sont sorties : « *Si ! Si, si qui ont réussi à sortir de ça mais ça a pris 12, 13 ans voire 14 ans euh, avant de pouvoir s'en sortir quoi... Donc je me dis, j'ai le temps, moi ça fait que 4 ans [...] bon, pour moi, je ne suis pas, je suis pas encore prête de me soigner quoi. »*

Cette même patiente amène d'ailleurs la notion du « tabou » qui est également souvent racontée :

- Patiente C : « *J'ai l'impression que c'est une maladie un peu taboue. A part avec mon médecin généraliste où elle comprend euh, le reste des autres personnes, des autres structures, c'est pas... ils sont pas compétents pour moi en fait. Moi : Est-ce que vous avez une idée du pourquoi ? Patiente : Euh non, je sais pas parce que, c'est peut-être que ça peut pas se soigner pour moi. »*
- Patiente F : « *ouais je ne parle pas de l'anorexie à personne en fait, ni dans la famille, ni à mes potes, c'est vraiment tabou en fait. Même quand j'en ai parlé avec des filles de ma classe, j'avais pas spécialement envie d'en parler pendant des heures, j'ai juste que j'avais été diagnostiquée anorexie mentale mais euh c'est tout, ça s'est arrêté là... »*
- Patiente A : « *Moi : Vous avez pu en discuter un peu de l'hospitalisation avec eux, après ? Patiente : Non, je n'en ai pas parlé. Enfin si des fois ça sort mais, mais sur le ton de la rigolade quoi « quand j'étais là-bas... » voilà quoi, mais je ne parle pas sérieusement de, de ça... »*

Ces témoignages s'associent à un sentiment de honte qui reste aussi très présent dans cette pathologie :

- Patiente E : « *comme je faisais beaucoup de sport, j'avais une définition abdominale incroyable et donc moi j'étais focalisée là-dessus et je ne voyais pas le reste, donc lui (son compagnon de l'époque) m'a montré mes côtes, mon, mon, qu'on voyait absolument toute ma trachée, mon sternum, voilà, donc à partir de ce moment-là j'ai quand même vu que j'étais très très très maigre, je l'ai vu et je commençais à avoir honte, parce qu'avant j'avais pas honte... »*
- Patiente F expliquant pourquoi elle ne préfère pas évoquer l'anorexie : « *Peut-être par honte et de pas vouloir voir le problème en face quoi. Ouais voilà... Peut-être aussi parce qu'on me demandera d'où ça vient, tout ça et que je parle pas forcément facilement de ma vie et je pense que ça vient de là aussi. »*
- Patient G quand je lui demande ce qu'il pense de sa maladie : « *Que c'était sacrément idiot de ma part (rit), vraiment j'ai une grosse honte et euh surtout pour, pour ce que j'ai fait à ma mère particulièrement... »*
- Patiente H : « *en sortant (de son hospitalisation), j'ai été larguée, seule à nouveau, paf ! Parce que voilà je, je redout... ouais je... et je suis seule, je sais même pas trop ce que c'est comme maladie et donc après oui, la crise de boulimie parce que, on est perdu et on a honte et voilà, on... donc j'ai fait mon chemin seule quoi ! »*. Elle ajoute par la suite : « *là j'avais repris un tout petit, j'ai normale, enfin mince donc ça allait mais moi j'avais toujours cette pression, je voulais toujours descendre mais qu'il fallait quand même rester dans une anorexie non apparent. »*. Elle va même jusqu'à dire : « *on a l'impression parfois, on porte ce masque aussi, quand parfois j'ai été plus loin, donc plus marqué physiquement... mais moi je comprends aussi que les gens aient pu ne pas supporter euh ma présence physique, ça je tolère aussi, je peux le comprendre tout à fait donc je m'effaçais à cette époque-là quoi... voilà. »*

Ces ressentis désagréables de honte et d'inquiétude s'opposent à ceux de la patiente B, déjà citée plus haut et qui se « complaisait » dans l'anorexie et regrette son poids corporel : « *Moi : Mais vous vous plaisiez physiquement ? Patiente : Ouais, même si on se moquait de moi, si... j'allais à la plage hein, j'avais pas honte ! On se moquait de moi, bah à la limite tant pis, rien à faire quoi, ça ne me gênait pas quoi... »* et ajoute quand je lui demande si elle avait des symptômes de la maladie : « *Bah écoutez non, c'est ce que je comprends pas, c'est ce que je me dis, c'est quand j'étais, quand je faisais ce poids-là, bah j'étais peut-être plus en forme que je le suis maintenant. »*. Il me semble important de noter que cette patiente et la seule de l'échantillon à avoir déclenché une anorexie dite tardive (à 39 ans), ce qui est peu fréquent. Ces anorexies tardives renvoient souvent à un discret épisode de trouble alimentaire inaperçu dans l'enfance ou l'adolescence et réapparaissent après un évènement marquant (un divorce dans ce cas précis) et les éléments dépressifs y sont généralement plus marqués (la patiente était d'ailleurs suivie pour un syndrome anxio-dépressif depuis plusieurs années d'ailleurs) (14). Mais ce sentiment de forme physique est également partagé par le seul patient masculin de l'étude, le patient G : « *Sinon moi je me sentais normal en fait, je me sentais même mieux on va dire parce que, au niveau, à l'école, ça se passait mieux que ça s'était passé les années précédentes. En fait, je ne m'étais jamais senti aussi bien, à part ces petits problèmes là (la sensibilité au froid et des douleurs aux chevilles). Donc je ne comprenais ce qu'on me racontait là (rit). »*

Le sentiment de honte reste cependant important et il en découle une impossibilité de partager les repas entre groupe, que ce soit en famille ou entre amis :

- *Patiente C : « Ils ne comprenaient pas au début ma maladie, ils ne la comprenaient pas parce que ça reste compliqué comme malade donc euh, je ne pouvais pas manger devant les gens non plus, du coup quand on faisait des repas en famille, j'étais obligée de m'écartier et de manger dans la cuisine... donc euh, les gens ne comprenaient pas forcément quoi. »*
- *Patiente D sur le fait de manger en groupe : « Non ça c'est pas possible. Déjà avec ma belle-famille, je suis, je suis stressée. Pour moi manger c'est une honte. Mais en groupe, euh avec mon fiancé mais sinon pas plus. Moi : Vous savez pourquoi ? Patiente : Bah je sais pas, bah c'est la maladie quoi, les symptômes. Mais ça m'embête parce que c'est convivial en plus mais moi, je peux pas. »*
- *Patient G : « Par contre le problème c'est que je mange toujours pas vraiment en famille quoi... [...]Moi : C'est parce que tu préfères manger seul ? Patient : Au début c'était tout à faire ça, c'était le jugement de mon père j'en pouvais plus... »*
- *Patiente H : « quand c'est le repas de midi à l'usine, je vais manger dehors, euh je me cache, je vais dans les chiottes, vous voyez ? »*

Associées à ces sentiments de honte, de tabou et de secret, les crises de boulimie (*craving*) sont très présentes dans ces récits. Pour les patients, la définition de boulimie semble reliée à l'existence d'une purge par vomissements.

- *Patiente A : « Moi : C'était de la boulimie selon vous ? Patiente : Mouais, c'était... mais je ne vomissais pas en fait ! Moi : D'accord, mais il y avait quand même des accès... Patiente : Ah oui ! Non mais je mange, euh... genre au gouter, je mange des, des gros paquets de brioches Harris là, j'en mangeais un comme ça avec le pot de Nutella ! Mais c'était tous les jours que je mangeais des quantités comme ça quoi donc... c'était, ouais, c'était de la boulimie mais sans, sans vomir, donc forcément je prenais des kilos... »*
- *Patiente D : « Moi : Il y avait des crises de boulimie ? Patiente : Non, pas spécialement. Pas à ma connaissance. C'est quand on mange beaucoup ? »*
- *Patiente F : « Il y a des fois où vraiment je me gavais, sans jamais aller vomir après parce que ça me dégoûte de vomir, mais ouais des grosses crises de, sans avoir faim, de manger quoi... »*

En réalité, la boulimie est caractérisée par une prise alimentaire importante en un temps limité suivi de comportements compensatoires pouvant être des vomissements provoqués mais aussi l'utilisation des médicaments tels que des laxatifs et diurétiques ou de l'exercice physique excessif ou du jeûne. Elle est donc dissociée de l'hyperphagie boulimique où il n'y a pas de comportements compensatoires.

Le patient G tend à se rapprocher de cette définition mais pensant toujours que seuls les vomissements permettent la compensation : *« Patient : Bah je savais comment, qu'est-ce que ça veut vraiment dire, parce la boulimie c'est avec vomissement ? Moi : Pas forcément non. Patient : Parce que moi j'appelle ça hyperphagie, enfin c'était, c'était à ce moment-là et ça*

m'a beaucoup inquiété parce que, une fois que c'était bon euh, que j'étais arrivé au poids normal, bah j'étais habitué comme ça et je mangeais des paquets... ».

Cette absence de vomissements peut malgré tout s'avérer être une grande souffrance, comme en témoigne la patiente E : *« à ce moment-là, j'avais même pas besoin de vomir parce que j'avais une telle, un tel contrôle mental des choses que t'aurais pu me mettre n'importe quoi sous le nez, je ne l'aurais pas mangé, j'aurais tout fait pour le faire bouffer aux autres (rit) mais pas moi. Euh par contre, après quand je suis partie en Corse et que ça a été horrible, j'ai commencé à avoir des boulimies monstrueuses, j'ai vraiment essayé de me faire vomir et j'y arrive pas, je peux me mettre les doigts jusqu'au milieu de la trachée, y a rien qui sort, je n'y arrive vraiment pas à mon grand regret à cette époque-là. Donc j'ai essayé sans succès à ce moment-là, pour essayer de ralentir la prise de poids de prendre des laxatifs mais ça ne fonctionne pas sur moi. Euh, j'ai essayé de jeuner mais j'avais tellement trop de boulimies que j'arrivais pas à jeuner (rit), c'était trop fort, à un moment ça a fonctionné pour me stabiliser et encore. Et j'ai essayé de faire du sport mais mon corps ayant tellement grossi que c'était compliqué pour moi de faire autant de sport qu'à l'époque où j'étais, où j'avais la condition physique pour le faire. Donc je n'ai jamais vomi... (silence) »*

Il est donc probable que ces patientes ne se disant pas boulimiques, car non vomitives, ne soient pas identifiées comme telles par leur médecin, malgré la présence de nombreux craving parfois compensés ou non par le sport et le jeûne.

En abordant ce thème, la patiente D explique : *« Que de la restriction, oui, et je faisais du sport. Moi : Jamais de vomissements ? Patiente : Non, bah ça a commencé il y a un an, et du coup j'ai un ulcère à l'estomac ce qui facilite beaucoup les choses. Moi : C'est-à-dire ? Encore ça facilite les choses ? Patiente : Bah en fait, j'ai du... j'ai un problème, euh... je rumine. Quand je mange, ça remonte, ça redescend. »*. Il s'agit là de mérycisme, un trouble du comportement alimentaire, qu'il est important de rechercher car tenu encore plus caché que les vomissements et qui peut souvent être associé des troubles profonds de la personnalité et serait donc un facteur de mauvais pronostic (14).

La notion de sexualité est abordée par le seul patient masculin, le patient G, et en dehors de l'enregistrement. Celui-ci, rangeant ses affaires dans son sac, me demande si son témoignage était important pour moi car c'est un garçon. Même si c'est de plus en plus fréquent, il reste rare de rencontrer des hommes anorexiques : son témoignage m'intéressait d'autant plus. Il me dit alors : *« c'est dommage que l'enregistrement soit stoppé, parce que je trouve que du coup c'est une maladie qui fait efféminée, mes parents ont longtemps cru que j'étais homosexuel à cause de ça, même si j'ai rien contre ça, je ne le suis pas et ils voulaient pas me croire, du coup ça ajoutait un peu de honte et il m'a fallu du temps pour leur prouver le contraire. »*

En effet, la littérature reporte que l'anorexie mentale masculine traduit généralement un trouble importante de l'identité sexuée (14). L'homosexualité y est souvent décrite, à hauteur de 25 à 58 % mais le terme d'asexualité est souvent préféré (15).

On note également que, chez le garçon, la peur de grossir est toujours prépondérante mais avec de nombreuses obsessions concernant la musculature. Cette particularité est présente chez le patient G : *« moi je me suis toujours trouvé, en fait je disais à tout le monde que j'étais gros, ce qui n'était pas le cas, enfin c'était plus gras que je voulais dire, enfin c'était pas de muscle en fait plutôt... et moi je disais gros et tout le monde a dit du coup que je me trouvais gros depuis tout le temps mais c'était pas ça que je voulais dire. Mais en fait le but c'était de gagner du muscle, c'était pas de perdre du poids et c'était dans cette optique là, voilà... c'était de présenter mieux. »*

Ces notions de sport intense et d'efforts se retrouvent également chez certaines patientes :

- La patiente D nous explique combien c'est important pour elle : *« Patiente : Bah si je ne faisais pas 4 ou 5 heures de sport par jour, je m'en voulais à mort... (rires) Moi : OK. Vous faisiez quoi comme sport ? Patiente : Bah je courais, je faisais du roller, je faisais de la marche, du ping-pong, du tennis. Moi : D'accord. 5 heures par jour ? Patiente : Minimum ! (rires) Moi : Et maximum ? Patiente : Sept. »*
- Chez la patiente A : *« en fait quand je faisais un excès entre guillemets, j'essayais, bah de faire du sport, je bougeais beaucoup plus, je bougeais tout le temps en fait. »*
- La patiente E tient également ce discours : *« Voilà c'était ça ma technique, donc sport à outrance et très peu d'alimentation. »*

Elle nous fait part ensuite de ses obsessions corporelles : *« j'étais obnubilée par l'arc entre mes jambes, je voulais pas que ça se touche et mon ventre, où comme je faisais beaucoup de sport, j'avais une définition abdominale incroyable et donc moi j'étais focalisée là-dessus et je ne voyais pas le reste... »*

Les troubles de la représentation corporelle et les préoccupations pondérales sont prépondérantes au sein de l'anorexie mentale :

- Patiente A : *« On a beau, les gens ont beau nous dire, et pourtant on a beau savoir qu'on perd du poids, se regard..., enfin se peser tous les jours, enfin tous les jours, dix fois par jour... et on ne se rend pas compte, il faut un déclic... »*
- Patiente C : *« c'est un peu contradictoire en fait. Des fois je me trouve trop maigre et des fois je me trouve trop grosse. »* Elle décrit d'ailleurs un exercice paraît intéressant et simple à réaliser : *« On m'a fait un exercice là-dessus euh, avec [...] un cerceau et on devait le mettre comme ça (montre autour de la taille) et le poser par terre et voir à peu près combien de centimètres y avait pour voir notre poids, pour dire qu'en fait on est pas grosse. »*

2 – Quels sont les outils du médecin traitant ?

Nous allons maintenant aborder les techniques mises à disposition du médecin généraliste dans le cas d'une prise en charge d'une personne souffrant d'anorexie ainsi que les recommandations prescrites à cet effet autant sur le plan physique, psychiatrique ou nutritionnel.

a. Le suivi physique

Au sein de la littérature, le rôle du médecin généraliste est clairement établi ; il doit identifier le problème et poser le diagnostic le plus précocement possible. En effet, le repérage et la prise en charge précoces de l'anorexie mentale permettraient un meilleur pronostic avec plus de 75 % de bonne évolution, en limitant l'installation d'une forme chronique et des complications maintenant bien connues, qu'elles soient somatiques, psychiatriques ou psychosociales (2).

Des questionnaires de dépistage validés tels que le Scoff-f (Sick, Control, One stane, Fat, Food) sont recommandés par l'HAS (1). Ils doivent être réalisés chez les sujets à risque et/ou en cas de signe d'appel clinique.

Le Scoff-f se compose de cinq questions :

- *Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?*
- *Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?*
- *Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?*
- *Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?*
- *Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?*

Les patients ayant des difficultés, au début de leur maladie, à repérer ou à exprimer les anomalies dans leurs prises alimentaires, la surveillance des paramètres anthropomorphiques et des signes évocateurs d'anorexie mentale est essentielle.

Pourtant, la pose du diagnostic d'anorexie mentale n'est pas toujours aisée et près de 50 % des cas ne sont pas constatés dans une consultation (3). C'est pourquoi l'aide de l'entourage s'avère souvent précieux.

En effet, parmi les 8 témoignages recueillis au sein de cette étude, 7 rapportaient avoir été motivés, voire forcés par leurs parents, à consulter un médecin afin d'être pris en charge pour leur trouble alimentaire. La huitième patiente, quant à elle, avait été diagnostiquée par son médecin traitant qu'elle consultait régulièrement, notamment pour le renouvellement de son traitement antidépresseur ; le médecin avait été alerté par la perte de poids rapide.

La surveillance du poids et de l'IMC est donc primordiale ; de plus, chez les enfants et l'adolescent, le traçage des courbes de taille est important, la perte de poids pouvant amener à un ralentissement, voire un arrêt de la croissance.

Le facteur de risque le plus important est évidemment l'existence d'un régime, associé ou non, à une hyperactivité physique et intellectuelle. La faible estime de soi est également un facteur clé pouvant conduire à l'installation d'un trouble du comportement alimentaire. Mais d'autres facteurs sont à prendre en compte, tels que le perfectionnisme, l'obsessionnalité, l'existence d'antécédents familiaux de troubles alimentaires ou d'une expérience traumatisante (3).

Les signes cliniques évocateurs sont bien connus et comportent entre autres : un IMC faible, inférieur à 18.5 (ou une perte de poids de plus de 15 %), avec la présence de peur intense de prendre du poids avec une influence excessive de la forme et du poids corporels sur l'autoévaluation et l'estime de soi (4), une dysmorphophobie, un contrôle alimentaire, une humeur dépressive avec un possible retrait du contact social, un trouble de la libido, une aménorrhée primaire ou secondaire (à noter que le critère de présence d'aménorrhée n'est plus indispensable au diagnostic et n'est plus présent dans le DSM-V) ou une dysfonction érectile chez l'homme. Aussi, certaines plaintes somatiques liées à la sous-alimentation doivent également alerter : fatigue, céphalée, vertiges, douleur abdominale, nausées, ballonnements, constipation, lanugo, ongles cassants, sensibilité au froid (5) (6). 90 % des patients souffrant de TCA présenteraient à leur médecin traitant des plaintes associées, espérant qu'il les repèrera sur « un petit soupçon » et sondera plus loin (3).

Une fois le diagnostic posé ou fortement suspecté, le médecin généraliste doit évaluer l'état nutritionnel et psychosocial du patient. Pour cela, il peut avoir recours à des examens complémentaires afin de rechercher de possibles complications liées à l'anorexie mentale. Le bilan biologique recommandé est composé d'un hémogramme, d'un ionogramme sanguin, d'une calcémie, phosphorémie et vitamine D3, d'un bilan des fonctions rénal et hépatique, ainsi que de l'albumine et de la CRP. Un électrocardiogramme et une ostéodensitométrie (si existence d'une aménorrhée de plus de 6 mois) doivent également être fait (7). La réalisation d'un journal alimentaire sur quelques jours peut également être intéressant (5).

b. L'orientation, la nutrition et la psychiatrie

Le psychiatre fait partie des deux intervenants indispensables dans le suivi de l'anorexie mentale du fait de la souffrance psychique et des fréquentes comorbidités psychiatriques (1).

Pendant longtemps, la séparation du patient de sa famille a été jugée nécessaire pour la guérison. Ceci donnant donc lieu à des séjours hospitaliers prolongés avec contrat de poids strict. Mais la recherche a démontré depuis, le bénéfice limité de cette approche (8).

De nouvelles modalités de traitement plus souples et plus diversifiées émergent, bien qu'il n'existe pas encore de consensus.

Un groupe britannique a proposé des recommandations thérapeutiques sous la responsabilité du National Institute for Clinical Excellence (9) :

- *La majorité des patients anorexiques doit avant tout bénéficier de soins ambulatoires. Les soins psychologiques doivent être prodigués au sein d'un service compétent qui peut également évaluer le risque physique chez ces patients souffrant de troubles alimentaires ;*
- *Lorsque le patient qui souffre d'anorexie mentale doit être hospitalisé, l'hospitalisation doit se réaliser dans un cadre qui permet une renutrition et une surveillance physique soigneuses combinées aux interventions psychosociales ;*
- *Des interventions familiales doivent être proposées aux enfants et aux adolescents souffrant d'anorexie mentale.*

Il est donc fondamental de créer un lien avec les unités spécialisés dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire, que ce soit pour de l'hospitalisation de jour, à temps plein ou séquentielle.

La prise en charge ambulatoire doit toujours être pluridisciplinaire. Une triade thérapeutique reposant sur trois approches différentes est conseillé ; une approche nutritionnelle, une approche psychothérapeutique et une approche corporelle.

En théorie, l'apport nutritionnel conseillé est de 50 kcal/kg de poids corporel par jour (soit 2000 kcal pour un patient de 40 kg) mais il est souvent difficile à atteindre. L'utilisation de compléments nutritionnels pour enrichir l'alimentation en macro- et micronutriments peut être d'une grande aide (7). En ambulatoire, une reprise de 1 kg par mois est décrite comme étant « acceptable » (10).

La psychothérapie individuelle est toujours conseillée, afin de mettre en place et de renforcer l'alliance thérapeutique, d'aider le patient à se sentir en confiance dans les relations sociales et à résoudre les conflits psychiques. Le thérapeute dispose de nombreuses psychothérapies utilisables dans l'anorexie mentale, il déterminera avec le patient l'approche la plus adaptée. Parmi les plus utilisés, il existe la thérapie cognitivo-comportementale qui peut être mis en place en individuelle ou en groupe, et qui s'intéresse aux comportements et aux croyances, utilisant des jeux de rôle et autres exercices d'expression et d'affirmation de soi. La thérapie analytique est également souvent utilisée afin de s'intéresser à l'histoire du patient, à ses symptômes et à ses expériences traumatisantes dans le but de leur donner un sens. Quand la communication verbale n'est pas possible, la pratique de thérapies à médiation artistique s'avère une bonne alternative (7).

Le dernier élément de cette triade est l'approche corporelle par des techniques de kinésithérapie ou la sophrologie qui peuvent permettre au patient de retrouver du positif et de la rassurance dans ses sensations corporelles (7).

En complément de ces trois approches indispensables, de nouvelles thérapies font leur apparition toujours dans le but de renforcer la motivation et l'estime de soi. Les approches motivationnelles s'inspirent des entretiens d'accompagnement des personnes addictives à l'alcool ou au tabac. En effet, les TCA se présentent comme une addiction comportementale

avec le but de : *produire une satisfaction ; faire disparaître un mal-être ; maintenir ces comportements malgré l'existence objective d'effets délétères*. Ce « plaisir addictif de maigrir » a récemment été confirmé par une étude française, où les chercheurs ont prouvé l'existence d'un circuit cérébral « de la récompense » (11).

Il existe donc chez certains patients une ambivalence importante, en effet, le patient qui consulte souhaite et ne souhaite pas sortir de ce trouble. Pour exemple, la patiente B de mon étude qui après avoir repris un poids normal, reste dans le regret de sa silhouette d'avant : « *Mais le truc, euh, c'est que je me complaisais là-dedans !* » ; « *Mais ! Je reviens vous dire que ben, ça me plaisait moi, quoi, c'est fou quoi... Même ! Même à l'heure d'aujourd'hui si je pouvais... (hésitation) reperdre...* ». Ces entretiens motivationnels explorent cette ambivalence avec pour objectif de stimuler les motivations et aboutir à un changement (7).

Toujours au sein de ces nouvelles approches, il existe la remédiation cognitive qui propose des exercices avec analyses des stratégies adoptées pour la résolution de problèmes de la vie quotidienne. Il apparaît également des approches centrées sur l'autorégulation des émotions et des sensations désagréables dites thérapie en pleine conscience, ainsi que des thérapies multifamiliales, composées de 5 à 6 familles, ayant pour objectif de diminuer le sentiment d'isolement (7).

Si la prise en charge ambulatoire est un échec ou en cas d'urgences médicales, l'hospitalisation à plein temps est alors nécessaire. Elle a donc lieu en cas de malnutrition sévère avec un poids inférieur à 75 % du poids moyenne pour l'âge donné, de déshydratation (avec refus de boire), de troubles électrolytiques, de troubles cardiaques (bradycardies extrêmes ou tachycardie), de perturbations des constantes physiologiques (hypotension, hypothermie ou hyperthermie), d'arrêt de la croissance et du développement, d'échec ambulatoire, de refus alimentaire total, d'urgence psychiatrique (dépression sévère avec idées suicidaires ou trouble obsessionnel compulsif grave...) ou autres complications médicales aiguës de la dénutrition (12).

L'hospitalisation doit être courte et focalisée sur le problème médical. Elle nécessite une équipe médicale et paramédicale formée, des protocoles de réalimentation et une surveillance sous moniteur cardiaque (2). L'utilisation de l'alimentation entérale doit être utilisée en ultime recours.

La réalimentation doit se faire de façon progressive avant de prévenir le syndrome de réalimentation, caractérisée par des troubles électrolytiques au cours de 2 ou 3 premières semaines de réalimentation (hypophosphorémie sévère avec hypokaliémie et hypomagnésémie) entraînant des troubles du rythme cardiaque, des troubles neurologiques et une insuffisance rénale aiguë et pouvant aller jusqu'au collapsus cardiovasculaire et à l'arrêt cardiaque (6). Un objectif de reprise de 0.5 à 1 kg par semaine est fixé. En cas d'absence de reprise à 15 jours ou avant si le pronostic vital est en jeu, la nutrition entérale est alors envisagée (12).

Un poids minimum, fixé entre la moyenne et -1DS sur la courbe statur pondérale, selon l'âge, présente une condition nécessaire au retour à domicile.

La poursuite de la psychothérapie est bien sûr indispensable, ainsi que la prise en charge diététique. Il est intéressant de pratiquer une enquête alimentaire à l'entrée en hospitalisation, afin d'augmenter progressivement les calories qui doivent dépasser les 1200 kcal dans les 15 premiers jours d'hospitalisation. Dans un deuxième temps, l'objectif est focalisé sur l'aspect qualitatif avec une diversification alimentaire.

Des permissions sont envisageables selon l'évolution de l'état somatique et des troubles comportementaux, avec des nuits au domicile afin de préparer la sortie d'hospitalisation.

Il est également indispensable de faire le relais avec un centre médico-psychologique ou un psychiatre libéral au moment de la sortie (12).

Depuis peu, un nouveau protocole ambulatoire a fait son apparition, appelé Family-Based Treatment (FBT), il a été développé à Londres et aurait des résultats convaincant chez les adolescents et les jeunes adultes, au moins sur le court terme (2) (6). Il propose aux parents de s'impliquer pleinement dans la restauration du poids de leur enfance, partant du principe que le patient est devenu « incapable de faire de bons choix nutritionnels ». Ainsi, cette alimentation gérée par les parents permet de régler les troubles émotionnels et d'améliorer la dynamique familiale. Ce sont donc eux qui choisissent les repas de l'adolescent, que ce soit en terme de choix d'aliments ou de quantité, avec pour objectif un gain de poids d'environ 0.5 kg par semaine. Il leur est également conseillé d'externaliser le trouble de leur enfant et d'en parler comme une entité extérieure et distincte, comme une seconde personnalité indésirable. En cas de résistance de la part de l'adolescent, certaines phrases leur sont conseillées, telles que : « Cet aliment est tout ce que tu auras » ou bien « la vie reprend après que tu aies mangé ». La perte de privilèges, par exemple, de l'activité physique du lendemain, est mise en place s'il ne mange pas l'intégralité de son repas (8). Le suivi avec le médecin traitant reste évidemment indispensable pour poursuivre le travail de soutien afin de renforcer l'alliance thérapeutique. Bien que cette thérapie puisse sembler particulièrement violente pour le patient, l'article précise qu'elle est plus libératrice que contraignante pour lui car dans de nombreux cas, le « fardeau psychique », ressenti en devant planifier le prochain repas ou compter les calories, est supprimé. Malgré tout, il sera probablement intéressant de surveiller l'évolution et les chiffres de réussite sur le long terme.

Il existe donc un grand nombre d'approches diverses et variées dans la prise en charge du patient anorexique mais la base de données est encore assez limitée et certaines approches restent controversées.

3 – Comment permettre le juste investissement du médecin : un cadre nécessaire

L'anorexie peut coexister avec une pathologie mentale ou participer à cette pathologie (trouble de la personnalité limite, syndrome anxio-dépressif ou une bipolarité). Elle peut être la conséquence de ces maladies mentales, parfois elle remplit même un rôle anxiolytique mais cela ne pouvant suffire dans la durée, elle contribue à leur aggravation (14).

L'hyperactivité physique ou intellectuelle (la tachypsychie) est un signe fréquent des troubles du comportement alimentaire, tout comme l'hypersensibilité :

- *Patiente H : « (Silence) la délicatesse d'une relation quoi, une relation ouais avec sa... cette courtoisie-là, parce qu'avec même toute l'estime que je porte à mon psychiatre actuel, je le trouve brute, il est brute cet homme (rit), je veux dire il est taillé dans le granite comme un breton, alors on vous dit les choses « crac ! Crac ! », oui bon d'accord je peux les entendre mais deux doigts de délicatesse, deux doigts de tact s'il vous plait, c'est tout quoi, c'est tout... »*
- *Patiente E : « Je pense qu'il n'y avait pas une cause, y a plein de causes. Je pense que déjà le fait que ma mère, depuis petite, me dise qu'elle ne me comprenait pas, qu'elle savait pas ce que j'étais, ça c'est déjà une cause. C'était qu'en fait j'étais hypersensible et elle euh, le monde dans lequel je vis depuis que je suis petite, je ne le comprends pas, je ne comprenais pas les gens, je, je, je ne comprenais pas. »*

La patiente C évoque son état limite à plusieurs reprises : *« Moi : Et vous avez été hospitalisée ? Patiente : Euh, oui ! [...] Mais ça n'avait rien à voir avec l'anorexie ! [...] Moi : C'était pour quoi ? Patiente : Euh, c'est parce que je suis borderline, enfin j'ai une maladie psychiatrique du coup euh... mais ça joue sur euh, ça joue sur l'anorexie un peu ! En fait je fais de la restriction alimentaire en plus, à cause de la maladie. »*

Mais elle ne semble pas parvenir à en saisir la description, *« Moi : Et qu'est-ce qu'il (son psychiatre) vous dit sur le côté borderline? Qu'est-ce que vous en savez? Patiente : Bah que c'est un état limite, c'est euh, c'est plus des tentatives de suicide, c'est des moments où on va, c'est un peu comme la bipolarité, en un peu plus grave en fait, avec des périodes de dépression très basses, où on est très bas et des périodes où on va être plus euphorique, c'est là je prends plus de poids ou un peu plus, on est plus euphorique, on a une image de soi instable, on a pas confiance en soi, donc je pense que ça joue sur la nourriture aussi quoi, cette image de soi un peu instable. »*

Ce trouble de la personnalité limite (état limite ou borderline) est d'ailleurs caractérisé par la présence d'idées de persécution, de relations instables, de peur de l'abandon, d'impulsivité (idées suicidaires) et d'un sentiment de vide, fréquemment observables chez les anorexiques (14).

Il s'agit de patients souhaitant toujours garder le contrôle :

- Pouvant être lié à la nourriture, comme la patiente A : « *je me rappelle, j'étais chez ma mère, elle m'avait acheté des Kinder Surprise, [...] j'avais posé mon Kinder sur la table, fallait que personne le touche, fallait qu'il soit là que je le vois en fait, limite que je me... que je me fasse envie de le voir tout le temps là et euh... et ne pas le manger, au final je ne l'ai jamais mangé hein... mais c'était juste savoir qu'il était là et j'avais toujours du chocolat dans mon sac mais ça pourrissait dans mon sac le chocolat parce que c'était juste savoir que c'était là et pas le manger et euh... ça, c'était après, c'était même après l'hospitalisation... que je faisais ça que, il fallait que j'aie à manger mais il fallait surtout pas que je le mange... ».*

Ou la patiente E : « *À ce moment-là, j'avais même pas besoin de vomir parce que j'avais une telle, un tel contrôle mental des choses que t'aurais pu me mettre n'importe quoi sous le nez, je ne l'aurais pas mangé, j'aurais tout fait pour le faire bouffer aux autres (rit) mais pas moi. »*

Et le patient G : « *c'est vraiment ça, c'est, c'est vouloir contrôler pi au final euh, j'ai perdu le contrôle et pris une habitude et aussi, je, je sais pas si c'est possible. »*

Il relate également ces pertes de contrôle : « *en fait je me restreignais le matin et le midi, et puis là le soir je me lâchais, c'était vraiment, j'attendais, j'en pouvais plus tellement j'avais faim mais euh, [...] c'était insatiable! Je ne sentais, et même je ne sentais plus jamais quand j'avais faim, je ne sentais plus la faim en fait, c'était comme si y a quelque chose qui ne fonctionnait plus. »*

- Mais cette maîtrise se trouvant également dans les relations, comme la patiente B : « *J'avais une amie qui était en, euh, qui travaillait en psychiatrie, [...] et une fois j'arrivais pas à me faire vomir en fait, normalement quoi, et je l'avais appelé, et bon j'avais fait un peu de chantage, euh... « donnes moi un tuyau quoi » donc elle m'avait dit « tu prends du café, tu chauffes du café et tu mets du sel et après si ça marche pas, bah tu le bois froid », effectivement après, ça y est j'étais parti quoi, dès que je mangeais hop un petit quelque chose [...] Moi : Je peux me permettre de vous demander, c'était quel type de chantage que vous avez utilisé avec votre amie ? Patiente : Suicide... »*

Et la patiente A : « *En fait, après, donc j'ai décidé de sortir de la clinique. Je suis allée vivre chez une copine. Euh, bon là, je, je, j'arrivais à... à l'avoir entre guillemets hein, à ne pas manger sans qu'elle s'en rende compte. »*

Face à cette hyperémotivité et cette volonté de tout contrôler, il est important pour le soignant de trouver la juste distance dans la relation thérapeutique : ni trop près, ni trop loin.

La patiente H parle du lien thérapeutique avec son psychiatre qu'elle craint de blesser en arrêtant le suivi : « *même avec le psychiatre que je dois voir là en ce moment, bon il est charmant cet homme, j'ai absolument rien à dire, je, je, là aussi, je sens toute une richesse mais en même temps, là y a un langage, y a un décalage, euh moi je sais que je ne vais pas rester avec lui, d'ailleurs ça, j'ai pas envie de le blesser cet homme hein, parce que je ne veux pas qu'il me prenne pour un échec mais euh non, non. »*

Le médecin prenant en charge un patient souffrant de TCA ne doit pas hésiter à s'investir humainement :

- La patiente E à propos de sa psychologue : *« quand j'ai commencé les groupes avec Catherine, je me suis dit « ça y est, elle elle a compris, elle a compris ce qu'on vit, elle a compris euh, elle a compris que je ne connaissais pas les règles de la vie, elle va me les apprendre et petit à petit ça va aller mieux et puis elle nous prend vraiment comme on est, pas de jugement, y a pas de... voilà, et euh, et c'est ça qui m'a sauvé. »*
- La patiente F : *« par exemple pour le stage de coiffure, je lui disais que ça m'intéressait bien et elle a trouvé, elle m'a parlé de, d'un collègue à elle qui était coiffeuse et elle m'a dit que pourquoi pas. »*
- Le patiente G : *« bah déjà c'était la seule, tout le monde voulait m'interner dès le début et elle a, à chaque fois, elle a fait pression pour que je reste ici en fait, pour moi, c'est idiot à dire mais pour moi ça aurait été une humiliation d'avoir été internée en hôpital psychiatrique, déjà d'y être allée, rien que d'y être allée comme ça en ambulatoire, je sais plus comment on dit, bah déjà je trouvais ça horrible mais elle a écrit des courriers et passé des coups de téléphones tout ça pour m'aider et, parce qu'en fait ma mère, elle voulait me garder à la maison pour m'aider... »*

Les patientes sont d'ailleurs souvent décontenancées quand le médecin garde une certaine distance sans chercher à mettre en place un échange :

- Patiente A : *« C'est vrai que sur le coup je m'en fichais un peu, c'est vrai que maintenant avec le recul, bah je trouve ça un peu moyen c'est quand même, c'était un médecin de famille, donc il m'a vu naître donc il aurait pu peut-être prendre plus le temps de parler avec moi, de voir ce qu'il m'arrivait plutôt que de me dire, « bah tu vas aller voir le psy » et pi et pi basta. C'est qu'il n'a pas... alors qu'il me connaissait par cœur quoi, c'était vraiment, euh ... Moi : Vous auriez souhaité qu'il soit plus présent ? Patiente : Bah oui, presque, qu'il me fasse la moral comme il avait l'habitude de le faire des fois... »*

D'ailleurs, dans le cadre du recrutement de l'échantillon de mon étude, deux patientes, étant encore dans la souffrance de l'anorexie, ne répondaient pas à mes appels et à mes messages vocaux laissés sur leur répondeur et ce malgré plusieurs tentatives durant presque un mois. C'est alors que je décidai de leur écrire un SMS et dans les deux cas, leur réponse me parvint dans les heures qui suivirent. Cela prouve qu'il faut parfois changer de mode d'approche, s'adapter aux patients et leur besoin de contrôle, anxiolytique pour eux.

Mais au sein de cette relation thérapeutique forte, le soignant se doit aussi de mettre le patient en sécurité, de le respecter et d'éviter l'intrusion. Il est important aussi de ne pas trahir le secret médical, la famille ne pouvant être prévenue qu'en cas de risque vital. Il y a donc nécessité de travailler avec le patient et de l'amener à en discuter avec ces parents, s'ils ne sont pas au courant.

Vu la complexité de certains cas et à la forte inquiétude de leur famille, le médecin traitant doit garder une certaine vigilance face à son investissement et à l'aspect chronophage de ces consultations, tout en gardant une disponibilité et le contrôle. Deux patients nous racontent, ce qu'ils semblent être un surinvestissement qu'ils apprécient forcément :

- La patiente B : « *euh... bon c'est vrai que, dès que... bon si j'avais un souci, euh... bon bah elle m'aidait, euh..., bon si elle avait besoin de prendre le téléphone, bon elle appelait bah... je sentais qu'elle était là aussi pour m'aider, qu'elle voulait que... que je m'en sorte !* »
- La patiente D : « *Bah, je le trouve nickel, je le vois presque toutes les semaines, s'il ne me voit pas au bout de deux semaines, il va voir mes beaux-parents parce qu'il s'affole (rire), franchement il est top, il m'aide beaucoup.* »

C'est un des facteurs qui rend nécessaire la prise en charge multidisciplinaire, le médecin traitant ne pouvant pas tout gérer seul. Mais il doit jouer le rôle de pilier de vie et pouvoir offrir un cadre contenant à ces personnes afin de compenser une défaillance familiale quasi toujours existante. Nous aurons l'occasion d'approfondir cela dans la troisième partie.

B – Le ressenti des patients face au corps médical

Connaissant à présent les outils et recommandations du corps médical, nous allons aborder le point de vue des patients sur la première consultation avec le médecin généraliste : les attentes, les satisfactions et les déceptions ; mais aussi sur le ressenti quant à l'hospitalisation et le suivi psychiatrique.

1 – La primo-consultation de médecine générale

a. Le motif

Comme il est décrit dans la littérature, la première consultation abordant le problème du comportement alimentaire ou du poids chez les enfants, les adolescents ou les jeunes adultes, émane la plus part du temps d'une demande parentale (7). Cela se vérifie au sein des témoignages recueillis. En effet, chez les 7 jeunes adultes composant cette étude, leur mère était à l'initiative de la primo-consultation.

- Patiente C : « *Moi : C'est elle la première à en avoir parlé au docteur ou vous aviez déjà fait le pas ? Patiente : C'était la première [...] Moi : Et après vous avez vu le docteur pour en parler seule à seule ? Patiente : Oui.* »
- Patiente D : « *Bah il (son père) me faisait pas de remarque forcément, il me disait qu'il fallait que je fasse attention à moi, après il en a parlé avec ma mère et puis, en fait ma mère avait pas réagi que j'avais maigri aussi vite quoi et du coup, mon père a dit que c'était pas normal et ils ont pris rendez-vous tous les deux avec le médecin et puis voilà...* »

- Patiente E : « *Donc la première fois que mon anorexie a été abordée par un généraliste, en fait euh, ça faisait déjà plusieurs mois que je me savais anorexique mais je ne voulais pas bouger et quand ma mère qui habite en Corse est venue me voir à ***** et qu'elle a vu à quel point j'étais maigre, elle a absolument voulu que j'aille voir un médecin généraliste pour faire l'état des lieux physiques* »
Elle ajoute : « *parce que moi je voulais absolument pas euh, enfin je savais que j'étais anorexique mais [...] si j'allais pas, si j'allais pas voir le médecin et tout, bah en fait ça allait (rit) c'était pas si grave (rit) [...] j'étais terrorisée qu'on me dise que j'allais mourir, des choses comme ça, donc ma mère m'a forcé, elle m'a dit « il faut, il faut vraiment que tu le fasses », heureusement, c'était son rôle. [...] elle m'a accompagné, elle m'a vraiment forcé accompagné et je sentais au fond de moi, je pleurais hein mais je sentais que c'était ce qu'il fallait faire mais han, c'est dur !* »
- Patiente F : « *C'est ma mère qui avait pris rendez-vous, elle s'inquiétait parce que je mangeais pas trop, que je maigrissais un peu et puis elle s'inquiète assez vite donc elle avait demandé un rendez-vous...* »
- Patient G : « *En fait j'aurais refusé d'aller chez le médecin c'est juste que j'avais très mal à la cheville, c'était dû à ça mais sans que je le sache... et donc ma mère m'a fait croire que c'était pour ça que je venais, je suis allé voir Mme ***** (son médecin traitant), direct elle m'a mis sur la balance, alors que moi je m'attendais à ce qu'elle regarde mes chevilles en fait... (rit)* »
- Patiente H : « *je m'étais enfoncée totalement inconsciente et là je, il y avait atteint à ma vie et euh, ma mère étant intervenue auprès de lui pour qu'il intervienne. Oui c'est passé par derrière moi, et ne me rendant pas compte je ne serais pas allée d'instinct...* »

En ce qui concerne les deux autres témoignages, la patiente A avait aussi consulté sur les conseils de sa mère : « *Bah, en fait, euh, j'avais été parce que je, euh, j'avais en fait mal aux reins. Je sentais une grosse grosse fatigue. Donc, du coup, ma mère m'a dit d'aller le voir. Et c'est là, où il s'est rendu compte que j'avais perdu énormément de poids. [...] je n'étais pas du tout dans l'optique de ... le voir pour ça, quoi.* »

La patiente B a été dépistée dans un contexte de suivi régulier, notamment dans le cadre du renouvellement d'ordonnance de son antidépresseur : « *Je consultais et pi bah il s'est rendu compte que... il m'a dit « Hep hep hep Madame **** (son nom) venez un peu sur la balance » je crois. Et pi bah, là, comme au début il me pesait (coupe son mot), me voyait aussi tous les mois, bah je passais à la balance tous les mois quoi.* »

La patiente D adolescente au moment des faits était, contrairement aux autres, suivie par un pédiatre : « *Euh, la première fois, ça devait être en... début novembre 2011, avec un pédiatre dans un hôpital et du coup, on m'a pesé, on m'a ausculté, on m'a demandé après ce que je ressentais par rapport à mon poids, donc j'ai dit que je ne voyais aucune différence et du coup il m'a dit qu'il y aurait un suivi régulier parce qu'il pensait que c'était de l'anorexie mentale et je ne savais pas du tout ce que c'était de l'anorexie mentale.* ». Dans le début de son histoire, le médecin traitant n'a eu aucun rôle : « *Bah parce que le médecin traitant voyait rien en fait. Donc, euh, ils connaissaient ce pédiatre, ils savaient qu'il était spécialisé dans l'anorexie, dans la pédiatrie, il y avait déjà des problèmes avec ça donc ils ont décidé de*

prendre contact avec lui, et puis après, ça avait pris un mois avant d'avoir le rendez-vous, puis après je l'ai vu toutes les semaines. Moi : Et il y avait quand même un suivi régulier avec le médecin traitant ? Patiente : Le médecin traitant, non je ne l'ai plus vu. Dès l'anorexie, je ne l'ai plus vu. ». Un nouveau médecin généraliste n'entre en jeu que dans un deuxième temps, suite à un déménagement.

Lorsque la plainte est somatique (ici, la douleur rénale ou aux chevilles), la demande peut émaner du parent qui n'hésite pas à masquer le véritable motif de consultation. Certains patients se sont sentis forcés à consulter par un parent très inquiet.

Leurs attentes sont donc peu nombreuses puisque la plainte vient avant tout du parent :

- *Patiente A : « Bah qu'il me dise que j'ai rien en fait (rires) c'était parce que pour moi je n'étais pas malade, enfin, qu'il me laisse tranquille, en fait, je ne pensais pas qu'il, bah je ne pensais pas qu'il allait me faire aller voir un psy. »*
- *Patiente D : « Non, parce que je ne savais pas pourquoi j'y allais. »*
- *Patiente F : « C'était une remplaçante, du coup on a parlé un petit peu, euh je ne me souviens plus trop de cette consultation-là. Euh j'ai pas trop pris ça au sérieux en fait. Je me suis dit que c'était juste une passade, que c'était juste l'adolescence, que ça allait passer, humm, voilà... ouais du coup je ne me suis pas trop inquiétée. »*

Cependant, nous allons maintenant voir que plusieurs critères peuvent aider au cours de cette consultation.

b. La communication

L'écoute active reste l'élément amenant le plus de satisfaction.

- *Patiente C : « Elle (son médecin traitant) a très bien réagit, elle m'a comprise tout de suite donc euh, on a beaucoup parlé de ça et je la revois presque toutes... on va dire une fois par mois ou deux fois par mois pour vérifier mon poids et pour parler de ça. »* Et à la question sur ce qu'il l'a le plus aidé, elle ajoute : *« Qu'elle soit à l'écoute et pi... qu'elle me surveille, qu'elle surveille mon poids, que... qu'elle fasse attention à ce que je mange, c'qu'elle me dise que je mange un peu plus, de surveiller... bah si je suis pas en dénutrition en faisant des prises de sang donc euh... (silence) »*
- *La patiente B reprend l'importance de cette écoute mais y ajoute la notion d'absence de jugement : « bah, bon il était à l'écoute déjà, il ne me jugeait pas non plus, euh, bon et il savait ce que je vivais aussi quoi... »*
- *Patiente D, au sujet de son pédiatre : « Ça a été bénéfique pi on s'entendait super bien, c'était comme un père pour moi. Moi : En quoi ça vous a aidé ? Patiente : Bah, il savait me recadrer quoi mais gentiment, il me donne des freins et il y arrivait quoi. »*

Toujours la patiente D mais au sujet de son nouveau médecin traitant : *«Bah les spécialistes, c'était vraiment anorexie, anorexie donc, lui il essaie de me parler un petit peu d'autre chose, ça fait du bien de changer un petit peu de conversation. [...] Ben je*

pense qu'il m'aide plus que les autres parce qu'y a un suivi différent, euh... il m'a prescrit des médicaments qui m'aident et il m'ausculte, il fait vraiment attention à ce que je dis, parce je pense que l'écoute c'est déjà un bon facteur. » Nous discuterons des traitements médicamenteux dans la partie suivante.

- *Patiente F : « Alors, au début je ne voyais pas trop l'intérêt parce que j'avais pas spécialement envie qu'on m'aide et puis en fait à force de parler, on se rend compte qu'on a besoin de parler de ça et qu'en fait on a vraiment besoin d'aide, et au fur et à mesure je trouve ça pas mal en fait. »*
- *Patiente H parlant de son nouveau médecin traitant : « je sais qu'avec lui je peux en parler et qu'il va m'entendre... euh non je, j'ai beaucoup d'estime pour lui, vraiment je, ***** (son nom) je l'aime bien ouais. »*

c. L'orientation

La frustration et la déception semblent souvent présentes quand l'orientation vers un spécialiste est immédiate, même quand il n'y avait pas d'attentes particulières de la patiente.

- *Patiente A : « Il m'a proposé une prise de sang. Donc d'abord ça.[...] Et après quand je suis retournée le voir avec les analyses de prise de sang, euh, j'avais pas de carences, bizarrement. Donc, du coup, moi j'étais contente, fière de moi presque ! Et, il me dit : « mais nan mais euh S***** (son prénom), c'est pas parce que tu n'as pas de carences que t'es pas malade » et il m'a dit : « de toute façon, si t'étais en carence, tu serais... là je te mettrais sous perfusion » et c'est tout. Et là, il m'a proposé en fait d'aller voir un psychologue. Et ça s'est arrêté là en fait. [...] Après, il ne m'a plus jamais suivi... »* Puis plus tard, dans le récit, elle regrette : *« C'est vrai que sur le coup je m'en fichais un peu, c'est vrai que maintenant avec le recul, bah je trouve ça un peu moyen c'est quand même, c'était un médecin de famille, donc il m'a vu naître donc il aurait pu peut-être prendre plus le temps de parler avec moi, de voir ce qu'il m'arrivait plutôt que de me dire, « bah tu vas aller voir le psy » et pi et pi basta. C'est qu'il n'a pas... alors qu'il me connaissait par cœur quoi. [...] Bah je pense que ça m'aurait fait plus de bien de parler avec lui plutôt qu'avec quelqu'un que je ne connais pas. »* Quand je lui demande le rôle qu'a joué son médecin traitant dans son histoire, elle répond : *« Bah il m'a mis en contact avec euh un psychologue qui m'a mis en contact avec une clinique et qui m'a servi rien (rires) donc euh... »*
- *Patiente H : « je l'ai vu et il m'a hospitalisé dans la consultation quoi [...] quand il a vu mon poids. [...] Le fait qu'il téléphone devant moi, il y avait une sincérité de l'action si vous voulez hein mais c'est le commentaire qui a été fait et c'est, après dans mon parcours, plusieurs fois ça s'est répété que, on me balance, pour moi c'est d'une grande violence, c'est euh pour le docteur, pour résumer en deux mots à l'autre docteur le cas qui lui arrivait, il balance euh, euhh « son père s'en fout, c'est une fille... » euh, vous voyez, il y avait par rapport à ma famille, je pourrais pu vous dire le vocabulaire exact à l'époque mais c'était en deux traits euh, en fait euh, souillé quoi, souillé en même temps*

pour moi une vie. [...] Je veux dire « non non, mon père je l'aime », vous voyez, y a tout un... mais bon c'est ça, c'est cette violence... » Ces propos, considérés comme une « maladresse » selon la patiente, auront mis à mal le suivi à sa sortie d'hospitalisation : « Moi : Après cette hospitalisation vous avez revu votre médecin traitant, il y a un suivi qui se met en place ? Patiente : Non, non, j'ai évité, j'ai évité le corps médical... » Malgré cela, elle qualifie le rôle de son généraliste comme étant : « Euh, de première alerte, première alerte euh, lui il voit l'urgence quoi, c'est lui vraiment qui voit l'urgence mais lui je pense, il a cru qu'il y avait derrière tout un corps qui allait se mettre en branle si vous voulez. Et euh j'aurais dû être plus proche de lui peut-être pour... je sais pas. »

Mais le médecin traitant doit avant tout prendre le compte le risque vital du mal ; comme pour le patient G hospitalisé aussitôt du fait de la gravité de son état : « je suis allé voir Mme ***** (son médecin traitant), direct elle m'a mis sur la balance, alors que moi je m'attendais à ce qu'elle regarde mes chevilles en fait... (rit) J'ai vu sa tête, elle m'a dit « non, c'est pas possible, je t'envoie direct à ***** (ville de l'hôpital le plus proche). »

Mais le suivi et soutien psychologique avec sa généraliste a repris dès sa sortie : « Ah bah après j'ai été suivi, je venais toutes les semaines ici... [...]c'est elle qui me motivait, parce qu'en fait tous les médecins, à part râler, je vois pas qu'est-ce qui faisaient de bien et enfin elle, c'était m'encourager, c'était positif à chaque fois, alors que les autres c'était vraiment du négatif... pourtant j'étais quand même terrorisé d'aller la voir parce que je savais, je connaissais l'issue hein, je savais que si elle voulait que ça n'allait pas parce que, elle s'engageait à me ramener à l'hôpital si ça n'allait pas donc je savais que si c'était pas bien mais j'avais entière confiance, pour moi c'était le seul soutien que j'avais. [...]Elle me donnait des objectifs et enfin, c'était des trucs atteignables, enfin pour moi. C'était du soutien aussi parce que du coup, j'en pouvais plus de toute la pression qu'il y avait et, ah oui, ma relation avec mon père était très difficile à ce moment-là et elle essayait aussi de trouver une cause à ça, ce que les autres n'ont pas fait... » Et le soutien était également dirigé vers le reste de la famille : « elle montrait quand même à ma mère que tous ses efforts qu'elle faisait pour moi c'était pas vain, elle nous faisait pas perdre espoir en fait... et donc elle a essayé d'arranger les relations avec mon père [...] Donc elle nous a dit au niveau familial, au niveau du soutien moral et pour la reprise de poids aussi... » On sent dans son récit combien son médecin a tenu une place essentielle grâce à ce soutien régulier : « Bah c'est le seul truc qui me faisait garder un peu la raison (rit) ».

Cette psychothérapie initiée par le médecin traitant a donc fait la différence contrairement aux patientes A et H, qui n'ont pas revu leur généraliste à leur sortie et restent dans l'amertume de l'hospitalisation en urgence.

Deux autres patientes font part de leur déception liée à un défaut d'orientation ; celui de n'avoir pu être aiguillées vers un centre spécialisé dans la prise en charge des TCA.

- *Patiente C : « C'est un très bon médecin, elle a, je pense qu'elle s'est bien renseignée sur le sujet donc euh... (silence) à part, ouais, voir pour des structures, c'est juste que le..., c'est ça qui manquait... Peut-être le manque de renseignements au niveau des structures, des associations, des forums qui peut exister sur l'anorexie. »*
- *Patiente E : « Bah oui parce qu'elle ne m'a pas maltraité et parce qu'au contraire, elle m'a aidé à tenir le même cap et ça m'a fait du bien d'avoir un allié dans, dans... dans ce combat-là. Mais oui pour ça et non parce qu'elle avait personne, elle avait personne à me proposer, mais ça c'est pas de sa faute... [...] elle n'avait pas de ressources et je ressentais que profondément elle était désolée pour moi, parce qu'elle avait pas, elle savait où me, elle savait à qui me confier mentalement pour m'aider, elle ne savait pas. »*

Elles ajoutent :

- *Patiente C : « Mes attentes, c'était qu'on me comprenne déjà pi qu'on me trouve une structure où on puisse m'accueillir et m'expliquer la maladie... et euh... (silence) ouais ! Trouver une structure ! Trouver une structure qui m'explique bien... »*
- *Patiente E : « Donc euh, médecin gé, bah j'attendais que physiquement elle m'aide à tenir le coup quoi, à tenir la distance. [...] Si en plus, il y avait pu avoir un lien avec un thérapeute compétent ça aurait été top mais ça n'était pas de sa faute... »*

d. L'accompagnement nutritionnel

Dans la grande majorité des cas, les patients disent avoir été aidé par la prescription des compléments alimentaires hyperprotéinés.

- *Patiente B : « bah on a tout essayé avec les compléments alimentaires jusqu'à en trouver des, des bons quoi... »*
- *Patiente C quand je lui demande si sa rencontre avec un nutritionniste l'a aidé, me répond : « Oui parce que j'ai pu prendre, euh, des protéines ? Je ne sais plus comment ça s'appelle, enfin des trucs de nutritions... Moi : Des compléments alimentaires hyperprotéinés? Patiente : Oui. Moi : C'est surtout ça qui vous a aidé ? Patiente : Oui! »*
- *Patiente H : « , je lui ai demandé à un moment donné de peur de tomber trop bas, ne pouvant accepter une assiette complète, de me donner une nourriture euh hypercalorique on va dire, ouais c'est ça hypercalorique ouais, pour m'aider si jamais je sentais que, [...] que là si je tombais trop bas, je sais que je n'aurais pas accepté quelque chose de normal, donc au moins euh avec ça me dire « bon voilà, je reprends des forces ». »*
- *Patiente D : « je prends de plus en plus de compléments et tout ça, franchement ça m'aide pas mal. »*

La patiente C souligne l'importance, selon elle, des conseils diététiques : *« on reprend ma courbe de poids d'avant pi on compare, on compare mon poids et euh, elle me donne des conseils, elle me dit « bah là, tu vas manger un peu plus de féculents, là tu vas manger euh [...] euh, du coup y a un suivi quoi. »* Mais cet avis est contrasté par ce que nous confie la

patiente E : *« faut pas se leurrer hein, quand t'es anorexique, la diététique, les aliments, les bonnes choses tu connais hein, tu connais les aliments, tu connais la bouffe, tu sais comment ça fonctionne, t'as pas besoin de conseils de bouffe, t'es paumée, parce que tu ne sais plus les quantités que tu as le droit de manger mais euh, en pratique, ça bug mais en théorie je suis sûre que la plupart des nanas anorexiques, je sais que moi en nutrition, j'en connais plus que la plupart des gens, j'étais passionnée par ça, je passais ma vie au lieu de manger, à regarder la nourriture sur internet. »*

e. La surveillance

La patiente E, craignant énormément de connaître son poids, a convenu d'un pacte avec sa généraliste : *« j'étais très très très angoissée d'y aller parce que j'avais très très peur qu'elle me fasse me peser ou qu'elle me force à manger ou qu'elle me fasse interner, ce que je ne voulais pas du tout. [...] que je voulais pas me peser parce que je sentais que le fait de savoir mon poids, ça allait fixer quelque chose et qu'après j'aurais vraiment un moyen de, de... de rester très basse, enfin en tout cas d'avoir une preuve que j'étais bien au même endroit, je ne voulais pas qu'elle me pèse, enfin je ne voulais pas savoir mon poids, donc elle m'a promis que, elle m'a promis qu'elle ne me dirait pas mon poids et elle m'a promis qu'elle ne me dirait si je grossissais ou si je maigrissais, en fait c'était notre deal. [...] Jelle m'a dit qu'elle me faisait confiance, que je voulais m'en sortir, ce qui était vrai et que tout ce qu'elle me demandait si c'était possible pour moi, c'était d'au moins stabiliser mon poids. »*

En effet, la crainte de cette patiente de connaître son poids ou de grossir est si intense, que le médecin lui demande seulement de se stabiliser dans un premier temps afin de créer l'alliance thérapeutique. D'ailleurs, quand elle a changé de région et dû rencontrer un nouveau généraliste, les choses ne se sont pas passées comme elle le souhaitait avec pour effet de rompre le suivi médical : *« alors lui, malgré sa gentillesse, ça s'est très mal passé parce qu'il m'a fait un check-up et avant que je parte il m'a dit « ah c'est cool, t'as repris du poil de la bête ! » (rit) et moi je ne voulais surtout pas qu'on me dise que j'avais grossi et lui je sentais que c'était vraiment, enfin voilà j'étais pas grosse à l'époque, j'avais juste pris un peu de muscle, euh et c'était, enfin il a vu à mon visage que j'étais complètement décomposée et que voilà, ça allait entraîner un truc en moi qui allait être horrible et il me dit « ah pardon, j'aurais peut-être pas dû dire ça » et j'ai dit « non vous n'auriez pas dû dire ça » et après j'ai refusé de le voir parce que je ne voulais plus, enfin c'était tellement douloureux qu'on me dise des trucs pareils, je savais qu'il avait pas fait exprès mais c'était trop douloureux d'entendre ça, c'était euh, même si c'était, il s'était rendu compte de son erreur et que c'était de bonne volonté, c'était insupportable pour moi et il l'a compris, parce que quand il a revu ma mère et lui a dit « je pense que je ne reverrai plus votre fille », elle dit « oui elle ne veut plus vous voir mais c'est pas contre vous, c'est que ça lui a fait trop mal » ».*

Ce pacte autour du poids semble intéressant car pour beaucoup cette étape de la pesée paraît être vécue douloureusement :

- *Patiente C : « Moi : Ça vous pose problème de voir le chiffre ? Patiente : Ah oui ! J'essaie de pas regarder mais en fin de compte, je me dis bah faut que je, que ça vienne de moi aussi, du coup je surveille également mon poids à côté euh, je me pèse, euh, on a un pèse-personne, je sais pas si c'est comme ça que ça s'appelle et du coup je me pèse régulièrement, euh même avant d'aller voir le médecin en fait... Pour savoir à quoi m'attendre et ne pas avoir la surprise. »*
- *Patiente B : « C'est qu'à chaque fois j'avais peur de monter sur la balance parce que je savais que bon, que j'avais maigri, mais euh (silence), qu'est-ce que j'attendais de lui euh... (silence), je n'attendais même pas qui me donne quelque chose pour me refaire, parce que je ne voulais pas et de toute façon il le savait, parce qu'il me montrait sa règle avec l'IMC ou je ne sais pas quoi, à la limite il essayait de me faire peur, mais j'avais pas peur ! »*

La patiente A rapporte également le sentiment d'être « menacée » par le médecin en cas de mauvaise évolution : *« il m'a dit : « de toute façon, si t'étais en carence, tu serais... là je te mettrais sous perfusion » et c'est tout. »* Bien sûr, l'impact sur le suivi médical est très négatif mais il faut malgré tout se demander si ces propos ont réellement été tenus ou s'il s'agit d'une mauvaise perception des patientes.

Le bilan sanguin est très facilement à la portée du médecin traitant et permet de faire un bon état des lieux, il est donc proposé par de nombreux généralistes lors de cette première consultation :

- *Patiente A : « Il m'a proposé une prise de sang. Donc d'abord ça. »*
- *Patiente C : « on va faire une prise de sang pour voir si t'es pas en anémie »*
- *Patiente E : « en fait, elle m'a surtout prescrit, euh, un, une prise de sang pour faire un bilan pour voir où j'en étais... »*

Les patientes adhèrent facilement à cet examen mais n'ont pas de ressenti, positif ou négatif, envers sa prescription.

f. Les explications

La plupart de ces personnes font également part des explications limitées au sujet de leur maladie par leur médecin traitant :

- *Patiente B : « Moi : Et est-ce qu'il avait expliqué un peu la pathologie, ses signes et autres symptômes ? Patiente : Non. Moi : Pas spécialement d'explications ? Patiente : Non, non, ça non. »*
- *Patiente C : « Bah, ça venait, c'était d'un évènement déclencheur dans l'enfance, ça pouvait venir de là, ça je m'en rappelle bien... Que c'était souvent, il y avait souvent une petite période boulimique... »*

- Patiente F : « *Moi : Elle vous avait expliqué un peu ce que c'était l'anorexie mentale ?
Patiente : Non, elle l'a juste évoqué, elle m'a dit l'hypothèse que je pouvais faire de l'anorexie mentale sans plus en fait. »*

2 – La prise en charge psychiatrique

a. L'hospitalisation

Dans une grande partie des cas, ces patients relatent au moins un passage en hospitalisation. Ce moment est malheureusement très mal vécu, d'autant plus quand le service psychiatrique ne semble pas être approprié pour accueillir des malades souffrant de troubles alimentaires.

- La patiente A est, dès sa première consultation de médecine générale, adressée à un psychiatre, qui l'hospitalisera dès leur première rencontre : « *en fait je ne le connaissais pas du tout, je ne l'avais jamais vu et euh il m'a tout de suite proposé une hospitalisation. Donc j'ai accepté sans savoir où j'allais. Et bah en fait, j'aurais pas dû. [...] Moi : Vous êtes resté là-bas combien de temps ? Patiente : Quinze jours. Parce que je suis partie en fait, euh, parce qu'il y avait rien du tout, euh, qui, enfin qui me concernait en fait. J'étais mélangé en fait avec, avec des gens qui avaient toute sorte de maladies. Il y avait plus d'alcoolisme, de dépressifs, et euh, et en fait, il n'y avait rien du tout... Au contraire, on m'a mis à table avec, euh, une dame qui n'avait plus de dents et qui bavait... et une autre qui n'arrivait même pas à manger. Enfin, c'était vraiment pas du tout fait... »*

Quand je lui demande si son séjour à la clinique, ne lui a vraiment rien apporté, elle répond : « *Bah à part voir mon poids et me voir dans le miroir, non. Non parce que... ils ont décidé de couper tout contact avec ma famille et tout ça et euh, en fait, bah j'avais ma carte bancaire, il y avait une cabine téléphonique donc euh j'arrivais à téléphoner. Euh, j'avais sympathisé avec quelqu'un là-bas qui faisait rentrer mes amis et ma famille en disant que c'était sa famille et ses amis, donc euh... après euh pour les repas, bah que je mange ou que je ne mange pas ils ne disaient rien, ils s'en fichaient. Ils me laissaient pas à table à manger, à me forcer à manger, rien du tout... »*

Avec une certaine émotion négative, elle ajoute à la fin de notre entretien : « *c'est vrai quand un psychologue envoie une personne anorexique dans un établissement, il faudrait peut-être qui, qu'il se renseigne si... s'il y a des, des choses pour cette personne là parce que... j'étais vraiment... enfin déçue parce que c'était... c'était pas du tout... enfin même si je ne me sentais pas malade ou quoi mais euh... je me, j'avais pas ma place quoi, j'étais avec des dépressifs, des gens qui perdaient la tête... [...] c'était pas du tout, du tout adapté à... (silence) donc euh...voilà quoi. Faudrait que les, que les médecins fassent un peu attention aussi à... à bien diriger les personnes anorexiques dans des endroits... ».*

- La patiente B qui était déjà suivie et avait déjà séjourné en hôpital psychiatrique avant l'apparition de son anorexie, rapporte au sujet de sa seconde hospitalisation : « *j'ai quand même été 3 mois à l'hôpital, mais euh, en psychiatrie [...] Moi : Par rapport à la dépression ou à l'anorexie ? Patiente : Bah ils essayaient de gérer un peu les deux mais*

bon, moi je vais vous dire franchement que ça ne m'a rien fait parce que je suis ressortie avec le même poids parce que, euh, de toute façon, même si dans la journée j'avais une envie d'une pomme, bah eux c'est n'importe quoi, c'était le petit-déjeuner, le midi, vous ne mangez pas, bah tant pis, ils n'étaient pas spécialisés là-dedans quoi... C'est pas là que j'aurais peut-être dû aller quoi. »

Elle raconte même ses stratégies pour ne pas prendre de poids au cours de son séjour : *« quand j'étais hospitalisée, on mangeait à table tous ensemble, bon déjà je savais qu'est-ce qu'il fallait que je demande, par exemple c'était du poisson, tout ce qui était euh... qui n'était pas calorique, du coup quand j'avais mangé... et en plus, c'était pas de chance parce que j'étais tombée avec une jeune, qui elle aussi était anorexique. Donc on était deux. Et quand on avait mangé, c'est vrai qu'on allait courir dans le parc pour éliminer le peu qu'on avait mangé quoi. [...] Je dirais une heure par jour, pas plus hein. »*

- La patiente H, elle aussi, hospitalisée dès sa primo-consultation de médecine générale au vu de la gravité de son état physique et contrairement aux autres récits, elle acceptait très facilement l'alimentation mais décrit la survenue de ce qu'il semble être un syndrome de réalimentation : *« parce que, après cette hospitalisation, je suis restée une semaine, un peu plus, 10 jours peut-être pour prendre du poids, j'acceptais et là j'étais dans un éveil quoi, je me dis, je suis en train de manger, je pense « bah super, donc sortons de là quoi », là même à l'hôpital, je vous le dis, j'ai pas compris comment ça se fait qu'ils ont pu me laisser manger, tout mon plateau et puis j'allais prendre un goûter s'il fallait, vous voyez, parce que moi j'ai fait des crises là-bas, mes nerfs ont craqué et euh bah je ne sais pas comment on appelle ce genre de crises, ça ressemble un truc un peu épileptique quoi, c'est quelque chose de très violent quand même et euh je, là par contre, au niveau du corps médical, je ne comprends pas qu'ils aient euh, autorisé ça si vous voulez. »*

Pour la patiente C, les choses sont différentes, elle explique qu'avec son médecin traitant : *« on a essayé de trouver des structures, euh, adaptées pour essayer de me soigner mais on en a pas trouvé à part la clinique à Rennes de Saint-Yves (centre de réadaptation digestive et nutritionnelle, spécialisé dans le trouble du comportement alimentaire)... qui n'accueille pas, euh, tous les patients. [...] J'y étais une fois, il m'a juste prescrit des protéines et euh, il m'a pas... il m'a pas fait hospitaliser alors que je faisais plus que 46 kilos... Moi : C'était juste une simple consultation ? Patiente : Oui Moi : D'accord, c'était avec un médecin, un psychiatre... ? Patiente : Un nutritionniste. »*

Elle souhaite donc une hospitalisation en centre spécialisé mais n'y parvient pas : *« Euh bah, à St-Yves, euh c'est juste pour une consultation, j'aimerais bien en reprendre une autre pour, euh, expliquer mon état avec mon médecin généraliste, qu'elle m'appuie, qu'elle appuie bien sur la structure pour me faire hospitaliser une semaine par exemple, parce que là... [...] Moi : Ils vous ont expliqué pourquoi l'hospitalisation n'était pas possible chez eux ? Patiente : Euh non, ça par contre, j'ai demandé et on m'a dit que, bah pour l'instant, j'étais pas assez... je perdais pas assez de poids... C'est vraiment euh... c'est mal placé de dire ça, je fais quand même 47 kilos ben... »*

Elle ajoute avoir également déjà enchaîné plusieurs hospitalisations en service psychiatrique pour la prise en charge de son trouble de la personnalité limite, suite à l'apparition de complications psychiatriques : « *elle (sa généraliste) voyait que je faisais que des bêtises et puis que je commençais à avoir des... je me scarifiais, je prenais des cachets, euh... Moi : Il y avait des tentatives de suicides ? Patiente : Oui, du coup, là elle s'est dit [...] « on va peut-être me faire hospitaliser puis voir un psychiatre par la suite avec le CMP quoi ».* »

Elle n'aborde pas la prise en charge de son trouble de la personnalité mais se focalise sur son anorexie : « *je trouve qu'y a pas une bonne prise en charge à l'hôpital ***** au niveau de l'anorexie. Moi c'est ce que je cherchais en étant hospitalisée, je cherchais à ce qu'on m'aide là-dessus... Moi : Ils s'intéressaient plutôt au côté borderline qu'à l'anorexie ? Patiente : oui ! Moi : Comment ça se passait les repas à ***** ? Patiente : Bah je ne pouvais pas manger, parce que déjà j'étais devant les autres, euh c'était des aliments pas faciles à manger, c'était pas bon, moi en plus je suis un peu difficile au niveau de la nourriture... Pi j'arrivais pas, je mangeais rien, j'ai perdu 3 kilos en deux semaines. Moi : Vous êtes restée hospitalisée deux semaines ? Patiente : Euh, oui, oui oui. J'ai fait beaucoup d'hospitalisations hein ! Mais du coup, je ne pouvais pas manger quoi, donc je perdais beaucoup de poids, ils s'inquiétaient là-dessus mais on ne m'a pas aidé.* » Elle ajoute par la suite en s'énervant : « *Oui voilà, parce que ça ça commence à m'énervé que borderline, borderline, bon j'ai compris la maladie, maintenant j'aimerais bien qu'on passe à l'anorexie quoi. J'ai peur de perdre encore du poids.* »

La patiente H évoque aussi son impossibilité à être prise en charge dans un centre spécialisé suite à un problème financier : « *On m'a dit à Nantes, moi on m'a dit ce qui était pratiqué c'est plus le côté comportementaliste, [...] en fait j'ai été prise mais à partir de 35 ans, je crois que c'est ça, je ne dis pas de bêtises, ou 30 ans, on ne peut plus, on peut être pris que le jour, c'est plus une hospitalisation totale et là moi j'ai dit mais financièrement je n'ai pas les moyens, si jamais j'acceptais ce genre de thérapie euh...* »

Ces propos illustrent combien les places en centre spécialisé sont malheureusement limitées et que la prise en charge dans un service non spécialisé peut avoir un impact négatif sur le plan physique de ces anorexiques.

La patiente D rapporte également cette limite de poids conditionnant l'entrée en hospitalisation en pédiatrie : « *Patiente : Bah, je suis tombé à 38 kilos, enfin 38,9 et le médecin (son pédiatre) n'avait pas voulu m'hospitaliser car ils hospitalisaient qu'à quaran... qu'a 38 kilos [...] Du coup, la semaine d'après j'étais à l'hôpital.* »

Elle ajoute également, illustrant parfaitement à quel point le déni peut être solidement ancré : « *j'ai été hospitalisée 4 mois et je sais toujours pas pourquoi, enfin on me faisait manger, j'acceptais sans problème, après que je suis sortie de l'hôpital, j'ai replongé donc on m'avait menacé d'hospitalisation encore une fois mais euh, enfin je pense que c'est vraiment un an et demi, deux ans après que j'ai compris qu'il y avait un problème.* »

Tous ces témoignages illustrent ce que les nouvelles recommandations disent : les hospitalisations prolongées ne sont pas une bonne solution. Suite à une nouvelle hospitalisation mais cette fois en hôpital psychiatrique, elle fait malheureusement le même constat que les autres témoignages : « *mais là j'étais réhospitalisée à *****, ça s'est super mal passé, donc...* *Moi : Pourquoi ça s'est mal passé ?* *Patiente : Bah parce que les infirmières et tout ne comprennent pas trop, elles sont pas ciblées anorexie je trouve.* » Mais elle n'entre pas plus dans les détails.

Même les patients n'ayant pas séjourné en hôpital psychiatrique font malgré tout part de leur crainte :

- *Patient G : « c'est idiot à dire mais pour moi ça aurait été une humiliation d'avoir été interné en hôpital psychiatrique, déjà d'y être allé, rien que d'y être allé comme ça en ambulatoire, je sais plus comment on dit, bah déjà je trouvais ça horrible... »*
- *Patiente E : « je suis très heureuse d'être tombée sur un médecin gé qui ne m'a pas fait chier avec mon poids, qui ne m'a pas donné de contrat de poids, qui ne m'a pas obligé à manger, qui ne m'a pas envoyé à l'hôpital psychiatrique, je pense que si j'avais été à l'hôpital psychiatrique, je me serais encore plus détruite, j'aurais utilisé leurs armes pour me faire encore plus de mal... (silence) »*

Le patient G est le seul à avoir nécessité une alimentation entérale, au cours de sa seconde hospitalisation en pédiatrie, il raconte : « *Donc après j'avais des visites à *****, régulière, enfin au bout de 2 semaines, j'ai dû y retourner (en hospitalisation) parce que... ça stagnait, enfin j'ai dû perdre 500 grammes, un truc comme ça. Donc après je suis resté plus longtemps, je sais même plus, 20 jours, ouais 3 semaines, et là du coup, là par contre, j'avais une sonde nasogastrique au bout d'une semaine, donc 1000 kilocalories d'abord, après ils ont descendu à 500 mais du coup-là je ne prenais plus, du coup à ce moment-là ils voyaient que ça n'évoluait plus euh ils ne savaient pas quoi faire de moi parce que je devais coûter cher à l'état déjà (rit) et du coup, bah ils m'ont dit « on va essayer de te refaire sortir, on va voir », voilà pareil, les visites le mardi à ***** et là, ça descendait par contre, de façon un peu plus inquiétante, tout ce que j'avais repris était perdu. »*

Cela souligne bien l'importance de la prise en charge et de l'éducation diététiques au cours de l'hospitalisation et à préparation au retour à domicile. Il critique d'ailleurs sa prise en charge : « *parce que la deuxième fois que je suis allé à l'hôpital, j'étais en, je mangeais dans ma chambre, alors qu'avant je mangeais dans la cuisine avec les autres, et donc là je devais faire attention, enfin paraître bien et, par exemple quand y avait de la sauce dans les carottes, bah je passais bien mon temps à l'enlever quand j'étais tout seul quoi, personne ne me voyait et euh je pense que ça, je sais pas pourquoi, j'arrive pas à comprendre pourquoi, pourquoi, pourquoi on fait ça dans les hôpitaux parce que j'ai l'impression que c'est pire en fait, parce que les autres ne sont pas là pour voir et je comprends pas... je sais pas...* *Moi: Ils contrôlaient ce que tu mangeais?* *Patient : Bah pas vraiment en plus, je mangeais hein, mais bon je vous dis, j'essayais d'éliminer ce qui me dérangeait, je comprends pas pourquoi, si vous pouvez m'expliquer pourquoi on fait ça (rit)... c'est pour choquer? »*

Les explications au sujet de la maladie restent très limitées au cours de l'hospitalisation :

- *Patiente D : « Moi : Est-ce qu'on vous a dit que vous étiez anorexique ? Patiente : Non, on me le dit pas comme ça. On le sous-entend énormément, on me dit qu'il faut manger, qu'il faut reprendre du poids, que c'est vital pour le cœur et tout ça, parce que j'avais le problème du potassium en plus. Et, bah, de temps en temps, ils emploient le terme anorexie mentale mais... enfin voilà entre médecins quoi. Mais sinon à moi-même, non. Moi : Il n'y a pas eu d'explications sur la maladie ? Patiente : Si, bah ils m'ont dit que c'était de la restriction alimentaire dû à un choc psychologique sûrement mais euh, voilà, ils ont pas creusé plus, parce que j'étais, je suis assez renfermée et... j'aime pas trop parler de moi donc... »*
- *Patient G : « On m'a très peu expliqué j'ai trouvé et euh j'avais un, soit disant un suivi psychologique mais, ça changeait, toutes les semaines c'était pas le même, enfin j'étais resté que 10 jours la première fois mais j'avais vu plusieurs psychologues différents et du coup, euh à peine un me connaissait que ça y est c'était un autre. Mais non, on, on, on m'expliquait pas vraiment. »*
- *Patiente H : « Moi : A aucun moment, on ne vous explique la maladie ? Patiente : Non, même, et des choses, en plus, moi j'ignorais, j'aurais pu être au courant en fait, aujourd'hui on a plus, par les médias, les émissions à la Jean-Luc Delarue, d'M6 et compagnie qui vous disent euh, bon et moi à l'époque y avait pas ça et ça ne m'intéressait pas non plus... »*

b. Le suivi régulier

Comme dans beaucoup des cas précédents, la patiente E avait un suivi psychiatrique bien avant l'émergence de son anorexie : *« Sauf que quand, quand l'anorexie a commencé à pointer le bout de son nez, je ne pouvais plus aller le voir, j'avais que des rendez-vous téléphoniques parce qu'entre mes cours, mon stage, j'avais plus le temps d'aller jusqu'à ***** [...] je mettais deux heures aller, deux retours dans la journée pour une demie heure de consultation par semaine, [...] je lui ai dit, je ne peux plus, je ne peux plus venir, je lui ai même dit « ça serait peut-être bien que je change, 4h pour venir c'est quand même compliqué » et il m'avait dit « si je continue de vous aider, on continue » et moi à l'époque j'avais pas osé lui dire que ça me prenait un temps et une énergie incroyables donc il m'avait quand même proposé de mettre en place le téléphone, ce qui m'avait pas mal soulagé, mais par téléphone s'était quand même pas pareil, [...] Voilà, donc j'ai vu ce psychiatre, enfin je l'ai eu par téléphone jusqu'à juin à peu près, juin de mes 22 ans. Après il m'a vu une dernière fois, physiquement, avant que je parte en Corse, euh où il m'a dit, en fait j'arrivais pas à lui dire que j'étais anorexique donc la seule chose que j'avais réussi à lui dire par téléphone c'est « je suis vraiment en train de me détruire et à un point, je ne contrôle plus rien » et euh, donc j'avais pas réussi à lui dire vraiment ce qu'il se passait et quand il m'a vu, il m'a dit « ah d'accord, je ne pensais pas que c'était à ce point-là ».*

Cet exemple donne à réfléchir et démontre qu'il peut être difficile de gérer ce genre de rendez-vous à distance.

Cette patiente a la particularité d'avoir été étudiante en psychologie au moment des faits, elle raconte les effets néfastes que cela a pu avoir sur son suivi selon elle : *« comme je cherchais des solutions après je suis allée à l'hôpital psychiatrique d'***** où j'ai eu aucune aide, vraiment euh, vraiment nul, putain qu'est-ce qu'ils sont nuls, où limite comme j'étais en psycho, ils m'ont demandé de m'auto-analyser... (silence, larmes) Donc j'ai eu deux rendez-vous avec eux, [...] où vraiment, pfff, c'était clairement du foutage de gueule, de toute façon pour eux, il n'y avait plus aucun intérêt, j'étais plus maigre (alors dans une phase boulimique) donc j'étais plus en danger de mort, donc ma souffrance, qu'est-ce qu'ils en avaient à taper quoi, c'était clairement ce qu'ils m'ont fait comprendre. Donc ils m'ont donné euh, une date pour aller au CMP le plus proche de chez moi, où j'ai d'abord de nouveau eu rendez-vous avec un psychiatre, une infirmière et un psychologue où pareil, ils se sont complètement foutus de ma gueule, surtout quand j'ai dit que mon mémoire de première année de Master de psycho était sur le père, ils étaient « ah la la, quelle délicieuse chose, une anorexique avec un problème de père, c'est tellement typique » et blabla blabla, bref. Et ils m'ont quand même donné une psychologue, voilà une psychologue qui elle était vraiment bien et sans jugement que j'avais pas vu lors de cet entretien à la con là... »*

Le manque d'empathie ressenti par la patiente est assez surprenant et déstabilisant. Elle explique ensuite, comment elle a rencontré la thérapeute qui l'a « sauvé » selon ces termes : *« j'ai continué de chercher puis je suis tombée sur un livre [...] qui m'a totalement parlé parce que la nana, euh la nana a vécu l'anorexie et la boulimie donc je voyais clairement de quoi elle parlait et pi, c'était une thérapeute en fait, donc euh, à la fin, il y avait son adresse mail avec son site internet [...] donc après j'ai pris rendez-vous avec cette nana et c'est elle qui m'a permis... avec euh cette thérapie de groupe, j'y suis restée 2 ans et demi, de sortir des comportements les plus compliqués... [...] quand j'ai commencé les groupes avec Catherine (sa thérapeute), je me suis dit « ça y est, elle elle a compris, elle a compris ce qu'on vit, elle a compris euh, elle a compris que je ne connaissais pas les règles de la vie, elle va me les apprendre et petit à petit ça va aller mieux et puis elle nous prend vraiment comme on est, pas de jugement, y a pas de... voilà, et euh, et c'est ça qui m'a sauvé, c'est vraiment ça, de trouver la solution par moi-même en allant voir Catherine, ça m'a sauvé, de me rendre compte que j'avais les ressources en moi pour m'aider. »*

Le patient G explique combien il a mal vécu sa prise en charge psychiatrique ambulatoire du fait du manque d'explications : *« j'ai quand même été suivi par un pédopsychiatre au CMP de *****, bah là par contre, ma mère et moi, on a bien vu qu'il y avait aucune utilité [...] Moi : Pourquoi ça ne vous a rien apporté ? Patient : Bah il me posait des, enfin il me demande si j'avais des choses à raconter mais j'en avais pas tant que ça, et euh au final il ne m'expliquait rien et euh ça ne m'aidait pas du tout d'aller lui parler en fait. »*

Il décrit ensuite son changement de spécialiste, pour une autre psychiatre qui n'a également pas réussi à établir de liens et dont les échanges avec lui semblaient particulièrement froids : *« C'était vraiment, ça fonctionnait vraiment sur la terreur hein, c'était vraiment ça ! Parce*

*que comme je disais, à ***** (ville de son hospitalisation), c'est, y avait rien, enfin il, il était gentil enfin si, il, il voulait pas me brusquer et je l'en remercie hein mais enfin du coup, voilà ça ne me poussait pas. J'avais, comme j'avais pas trop de confiance en lui pour moi c'était pas l'interlocuteur qu'il me fallait et elle non plus mais c'était vraiment radical. [...] voilà niveau mental, j'en pouvais plus quoi, de comment elle était [...] je me souviens la première fois que je suis allé là-bas, elle m'a laissé raconter mon histoire, un peu comme ce que je vous ai dit et ensuite elle s'est tournée vers mon père, en gros elle lui a dit que je racontais n'importe quoi et que, elle ne m'écoutait vraiment pas, c'était vraiment, elle me faisait parler mais euh voilà, j'aurais, j'aurais pu dire n'importe quoi d'autre, elle en avait rien à faire, elle savait ce qu'elle faisait et voilà, elle me faisait parler, elle me faisait monter sur la balance et pi euh, voilà, on faisait 200 kilomètres pour rien et euh pour finir vraiment terrorisé mais vraiment y a que ça, c'est dommage d'être arrivé là (rit). » Malgré son expérience qu'il décrit comme effrayante, on observe une nouvelle fois que c'est la communication qui fait défaut.*

De la même façon chez la patiente H, après sa sortie d'hospitalisation, ce manque a également nuit à l'alliance thérapeutique : *« ils parlent de moi devant mon lit à la troisième personne, pour moi c'est de la violence, moi je suis là euh, j'ai juste envie de lever le doigt quoi [...] le mec me disait rien, il m'impressionnait mais il me disait rien, c'était un mur, c'était sa méthode quoi et par contre, médicaments, il m'en prescrivait, [...] j'ai arrêté et j'ai continué seule, j'ai dû en voir un ou deux (psychiatres) sur *****, euh quelque chose comme ça, ça durait 3 mois, je ne tiens pas, je tiens pas et souvent c'est pas pression au départ que je l'ai fait, et ensuite je m'en suis émancipée maintenant donc... »*. Elle va même plus loin dans sa propre analyse : *« le langage ne me correspond pas si vous voulez. Euh je trouve qu'il y a quelque chose de presque d'obscène dans ce vo... un langage de la psychologie, oui je me reconnaitrais dans le discours qui est dit, je ne vais pas dire hein, je fais partie du cas aussi mais je suis tellement tout autre chose, c'est dans cette tout autre chose que vraiment est ma vie... Alors oui je suis ce cas-là mais... en même temps il y a quelque chose parfois de sclérosant aussi avec ça et qui justement voulait tellement en sortir que, que du coup on vous y cloue... »*

Elle se reconnaît donc dans le discours du spécialiste mais peut-être est-elle aussi perdue dans un vocabulaire trop technique et réduite uniquement à n'être que cette maladie. Cela rejoint le commentaire sur les troubles de la personnalité hypersensible qui nécessitent d'être pris en charge dans leur globalité. De plus, à ce moment cette patiente n'avait plus de suivi avec son généraliste, qui peut probablement plus facilement endosser ce rôle.

Elle ajoute également : *« il avait refusé de voir ma mère qui avait demandé en la déculpabilisant aussi, parce que ma mère culpabilisait, il avait dit « non madame, c'est pas de votre faute, vous avez aimé votre enfance donc... »*, donc déjà ça ça lui avait fait du bien mais il a pas rencontré mes parents », montrant la nécessité que la famille fasse partie intégrante de la prise en charge.

c. Le contrat de poids

La patiente C est seule au sein de l'échantillon chez qui un contrat de poids a été instaurée : « *Mon psychiatre, parce que je suis par un psychiatre au CMP, spécialiste des troubles du comportement alimentaire. Du coup, il m'a mis sous contrat (rire) et c'est la fin du monde (rire). Moi : Quel est le contrat ? Patiente : Donc euh, 46 kilos je pourrais reprendre une matière, 48 toutes les matières, 48 du sport, 45 15 minutes de marche; manger assis, ne jamais préparer les repas, au moins 4 repas par jour. Mais j'en peux plus (rire, gênée) [...] Moi : Vous arrivez à... (me coupe) Patiente : Bah je mange assis, 15 minutes de marche c'est un petit peu trop juste pour moi, les cours j'ai pas le choix parce qu'à chaque fois que je vais au lycée pour des renseignements, mon proviseur demande à tous mes profs s'ils sont bien sûr de ne pas me donner de cours quoi (rire) et sinon préparer à manger ça m'arrive de temps en temps et les repas, bah non ça je n'y arrive pas. »*

Son ressenti vis-à-vis de cet outil est assez catégorique : « *Pour moi, c'est pas utile, parce que justement je déprime plus qu'autre chose. Enfin j'aurais su me mettre des barrières en cours, je le sais parce que même si j'y allais de temps en temps ça m'aidait quand même et je voyais des gens, que là je suis vraiment toute seule chez moi, je peux rien faire quoi. Je me sens inutile et rabaissée quoi. »* Puis elle ajoute : « *ça m'a complètement démoralisé de ne pas pouvoir aller en cours, passer le bac et tout ça. Je me sens vraiment exclue quoi. »* Enfin, quand je lui demande si son psychiatre lui a apporté d'autres pistes sur la maladie, elle explique : « *Non lui il est plus dans les calculs. Moi : C'est-à-dire ? Patiente : Bah il a une courbe avec mon poids et le rendez-vous dure au moins dix minutes max quoi. C'est vraiment, « tu perds », « t'es montée ou t'es pas montée dans la courbe » et pi voilà quoi. »*

d. Le traitement chimique

Concernant les traitements médicamenteux, beaucoup de patients restent réticents :

- *Patiente A : « Bah de toute façon, moi, je ne voulais pas de médicaments, donc euh, après pareil, à la clinique ils ont essayé tous les jours de ne me donner des médicaments mais je n'en voulais pas. »*
- *Patiente H a, quant à elle, rapidement arrêté : « par contre, médicaments, il (son psychiatre) m'en prescrivait, j'ai eu le droit, je ne peux pas vous dire lesquels, ça devait être un genre anxiolytique je suppose enfin bon, je ne connais pas tout ça et euh, j'ai essayé, euh non, mal réagi, j'ai arrêté et euh, déjà moi les trucs chimiques je m'en méfie... »*
- *Patient G explique que sa psychiatre a dû le menacer d'hospitalisation pour le convaincre d'accepter la prise des compléments alimentaires : « j'ai eu après des trucs, euh des trucs hyper, euh hypercaloriques, des bouteilles de machin là, donc après, après ça non. Du coup j'avais ça quand j'ai pris mon poids, euh enfin, quand je, je suis allé à ***** là, la première fois, j'étais obligé d'avoir ça, elle m'a dit « sinon t'as pas le choix, tu restes quoi », parce que j'avais refusé plusieurs fois, elle m'avait proposé, elle m'avait dit que, c'était vraiment, elle me conseillait très fortement mais moi je disais « non j'y arriverai*

tout seul », je voulais rester digne dans ce truc et euh c'était complètement idiot, j'ai fait que perdre du temps... »

- *Patiente E sélectionne les médicaments, elle accepte facilement les traitements symptomatiques mais refuse le traitement antidépresseur : « elle (sa généraliste) m'a prescrit un anxiolytique parce que je lui ai dit que mon corps comme ça me faisait totalement péter un câble et que j'avais juste envie de tout découper à la machette, au couteau, enfin voilà, je pétais totalement un câble et que j'étais incapable de m'empêcher de manger. [...] Elle m'a donné de l'Oméprazole parce que j'avais des remontées acides horribles et euh, ça m'empêchait de manger, donc ça ça m'a quand même beaucoup soulagé. Vu que je ne faisais pas vomir, elle n'avait pas spécialement d'autres traitements à me donner. Euh, et je pense que c'est à peu près tout, elle m'avait, si ! Elle m'a donné des antidépresseurs que j'ai refusé de prendre. Voilà.»*

En opposition à ces témoignages, la patiente D se dit satisfaite de son traitement mis en place par son médecin traitant : *« Euh, j'ai du SEROPLEX, j'ai de l'ATARAX, j'ai du LEXOMIL, de temps en temps de l'ALPRAZOLAM, j'ai du GAVISCON, j'ai de l'INEXIUM, j'ai eu de l'OMEPRAZOLE, de l'ESOMEPRAZOLE, j'ai du DIFFU-K, du TARDYFERON, de l'ACIDE FOLIQUE, euh du zinc, euh... il doit y avoir autre chose (rire) Moi : Des complémentaires hyperprotéïnés ? Patiente : Hyperprotéïnés oui, enfin oui, plusieurs compléments alimentaires (rire) », elle est reconnaissante envers son généraliste qui n'a pas hésité à instaurer ses médicaments, contrairement aux autres selon elle, « franchement il (son médecin traitant) est top, il m'aide beaucoup. Moi : Comment il vous aide ? Patiente : Bah il me prescrit beaucoup de médicaments que d'autres médecins n'auraient pas prescrits parce que... les autres médecins pensaient que c'était rien alors que j'avais vraiment besoin d'aide et euh, il sait m'écouter, il sait m'examiner tout le temps, quand il faut, il trouve toujours un place pour me voir si y a un problème. [...] Ben, il m'a convaincu de prendre des anxiolytiques et des antidépresseurs, parce qu'il m'a expliqué plus calmement que les autres, c'était vraiment « faut que tu prennes ça parce sinon tu vas disjoncter quoi » donc c'est pas très pédagogue. (rire) Moi : Qu'est-ce qu'il vous a expliqué ? Patiente : Bah il m'a dit que ça me ferait du bien au niveau cérébrale que ça m'apaiserait, que ça m'aiderait à dormir, que ça me calmerait avec les gens tout ça, ça me fait pas mal de bien. »* Mais on observe qu'il a pris le soin de lui expliquer leur intérêt pour la convaincre.

La patiente C juge son traitement comme pesant : *« Mais pour mon problème psychiatrique (borderline), il y a... j'ai, j'ai quand même des cachets assez lourds. [...] Euh, j'ai de l'ABILIFY en injection, j'ai du LAMICTAL 200... milligrammes, et j'ai du VALIUM 15 gouttes »,* dont elle décrit les effets secondaires comme handicapant : *« Bah en fait, j'ai un problème avec ma mémoire, parce que comme je prends des cachets assez forts, bah j'oublie rapidement ce qu'on me dit en fait. Du coup, c'est pas facile de tout retenir. »*

Mais elle estime qu'il est indispensable : *« le traitement je vais le garder longtemps je pense. Moi : Il vous l'a dit ? Patiente : C'est moi qui le pense, je l'ai pas encore abordé avec lui mais il m'a dit que ça se soignait mais que j'aurai toujours ça en moi mais que ça peut se soigner en fait, on peut améliorer ça. »* Il est intéressant de voir que son psychiatre a été mis en place des traitements non médicamenteux : *« Les pensées négatives on peut les enlever, je*

fais de l'autohypnose donc euh... j'aurais bien fait de l'hypnose pour l'anorexie aussi... donc ça à voir avec lui. Moi : C'est lui qui vous a appris à faire de l'autohypnose ? Patiente : Oui. Moi: Ça vous aide ? Patiente : Ah oui, ça m'aide beaucoup et je fais ça avant les repas. »

Il semble ne ressortir aucun consensus de ces entretiens : chaque médecin a ses habitudes et chaque patient a un ressenti différent. Comme bien souvent en médecine, le traitement paraît être un support de la relation d'aide. Il s'avèrerait cependant que les traitements symptomatiques soient efficaces et appréciés (antiacides, suppléments, anxiolytiques...)

La littérature évoque l'intérêt de certains médicaments comme les psychotropes mais qui nécessitent un avis spécialisé car leur maniement reste difficile chez les patients amaigris (10). Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine peuvent être intéressants dans la prévention de la rechute et le traitement des comorbidités mais ne doivent être prescrits qu'après la reprise pondérale (12) car sont inefficaces en cas de dénutrition (10). Les tricycliques sont contre-indiqués. Les neuroleptiques pourraient induire une accélération de la reprise pondérale mais doivent être évités du fait de leurs nombreux effets indésirables, comme le ralentissement cognitif mais aussi l'allongement du QT (6) surtout chez ces patients déjà à risque de faire des complications à type de troubles électrolytiques et du rythme cardiaque. De plus, ces traitements sont sans effet sur les préoccupations obsessionnelles des patients sur leur image corporelle.

Il est donc le plus souvent préférable d'attendre la normalisation du statut nutritionnel qui peut parfois suffire à l'amélioration des symptômes psychiatriques et de privilégier les psychothérapies dont il était discussion plus haut.

C – L'anorexie mentale : un signal d'alarme

1- Des facteurs prédisposants

a. L'environnement familial

Comme nous l'avions vu dans la première partie, les facteurs psychosociaux ont un rôle prépondérant dans l'apparition de la maladie. Il est vrai que la pathologie est elle-même enclin à aggraver ces problèmes relationnels. Les difficultés familiales sont donc très nombreuses au sein des témoignages.

Une famille désunie

- *Patiente A : « mes parents avaient divorcé il y a quelques années avant et c'est vrai que j'ai eu du mal à me, à me remettre dedans. Oui, c'est vrai, il y a eu des conflits, j'ai eu des conflits avec ma mère d'abord, ensuite avec mon père donc ouais, c'est vrai qu'il y a eu une période de ma vie vraiment pas facile au niveau familial. »* Elle ajoute même que lors de son hospitalisation : *« Ma famille proche n'est pas venue me voir, enfin, enfin mes parents ne venaient pas me voir, je crois que même mes sœurs et mon frère ne sont jamais*

venus, c'était vraiment que les amis... » Elle explique également : « En fait, après, donc j'ai décidé de sortir de la clinique. Je suis allée vivre chez une copine. »

- *La patiente B se retrouve également isolée : « parce que par rapport au divorce, on m'avait laissé, des amis j'en avais plus beaucoup, bah presque plus. [...] Moi : Vous en discutiez ouvertement avec vos proches ? Patiente : Euh, avec, euh, oui, ceux qui me posaient des questions, j'en parlais mais... mais j'ai eu l'impression qu'il n'y avait pas beaucoup de gens qui... qui s'intéressaient à moi. » Elle nous montre ensuite que sa maladie a probablement amplifié les problèmes : « le plus jeune (de ses fils) n'avait que 15 ans et lui, ça a commencé donc euh, le fait, par le phénomène du divorce et de voir sa mère, c'était dur, euh je pense hein, je ne suis pas certaine, euh bah lui il est parti à faire les pires conneries, parce qu'il a quand même été en prison donc euh, lui il était ingérable en fait quoi, [...] parce que j'ai compris, il souffrait, sûrement. »*
- *Cette notion de solitude est également rapportée par la patiente H : « j'ai grandi seule quoi, mon père étant alcoolique, il avait une vie euh, lui-même solitaire et ma mère est perdue, elle est seule, la famille ne la suppor... y a pas de famille non plus, tout le monde l'a reniée pi les rapports sont pas très bons. Donc ma mère est seule, moi j'ai pas d'amis, enfin je les ai perdu évidemment, au fur et à mesure ils s'écartent c'est normal et euh, non, personne... » Elle approuve d'ailleurs cette distance prise par ses proches : « mais moi je comprends aussi que les gens aient pu ne pas supporter euh ma présence physique, ça je tolère aussi, je peux le comprendre tout à fait donc je m'effaçais à cette époque-là quoi... voilà. »*

Cette désunion peut entraîner un déséquilibre dans la triade de la relation parents/enfant, amenant l'adolescent vers un lien fusionnel avec l'un et conflictuel voire inexistant avec l'autre.

La patiente H illustre ce propos par son témoignage fort : *« J'ai grandi ensuite dans le deuil de ma mère et ne pas pouvoir consoler sa mère c'est très dur, et elle a, elle a, là c'est vraiment la mort dans le sens breton, la mort, c'est toujours habillé en noir, c'est, et la foi, la foi très présente aussi, heureusement. Et je l'ai vu mettre de la couleur ma mère quand j'avais 17 18 ans, là où je tombe malade, c'est où je tombe malade, ce qui a été un choc quoi, pour moi ça a même été choquant de voir ma mère mettre un pull rouge (petit rire) et voilà, et donc vivre dans l'ombre de la mater dolorosa quoi, c'est ça qui m'a... c'est toujours être allaitée par la mort quoi, c'est moi la maladie, la mort... »* L'opposition est d'autant plus puissante, qu'à ses yeux, son père était un demi-dieu : *« vous voyez, mon père c'était Hercule, il avait 5 grammes dans le sang mais il était charcutier quoi, vous voyez, c'est, c'est vraiment l'ancienne époque quoi... il a commencé lui aussi à 14 ans à tuer les cochons vous voyez, c'est une époque assez... et lui non plus, si sa mère avait pu le faire descendre dans la mine à 9 ans pour, comme chez les corons, elle l'aurait fait quoi, y a pas de tendresse... »*

Elle poursuit ainsi le récit de la « dure » vie de son père, avant d'ajouter qu'elle a dû endosser son rôle de chef de famille après sa mort, se sacrifiant en devant mettre un terme à ses études : *« j'ai fait étude d'histoire et là, DEA (Diplôme d'études approfondies) avec la philosophie, j'ai ouvert aussi le champ avec la littérature et la philosophie sur le silence dans l'Antiquité, et mon père est décédé cette année-là, il a fallu que je le remplace euh pour euh, pour que ma*

mère ait des points de retraite, donc j'ai fait les marchés et je suis rentrée à la charcuterie, c'est gore (rit). Moi : Vous y êtes encore ? Patiente : Non non, heureusement, j'ai dû poursuivre avec elle pour qu'elle ait ses points, je dirais 6 ans, un truc comme ça, 6 ans ouais de marché. »

La place des patients dans la famille est floue. Ils sont dans un effort de perpétuelle adaptation pour que tout le monde dans la famille soit bien, quitte à se sacrifier. Il y a beaucoup de culpabilité à faire subir les conséquences de l'anorexie à l'entourage, même si cette pathologie permet l'équilibre nécessaire après tant de restrictions personnelles.

Le médecin traitant du patient G s'est d'ailleurs autant soucieuse de ce conflit que du poids corporel de son patient : *« Oui c'était des objectifs de poids d'abord et puis faire des efforts avec mon père, elle me donnait des objectifs de faire des activités avec lui, [...] pour qu'on partage des choses ensemble parce qu'on faisait rien en fait. [...] c'était autant un objectif de poids qu'un objectif de faire des choses avec, avec mon père... »*

Mais malgré cela, la considération pour ses deux parents reste totalement opposée : *« vraiment j'ai une grosse honte et euh surtout pour, pour ce que j'ai fait à ma mère particulièrement, j'en voudrais toujours un peu à mon père au fond de moi... », allant jusqu'à se dire coupable de leur séparation : « ça a contribué à mettre des problèmes dans le couple. [...] maintenant ils ne sont plus ensemble et je, je suis persuadé que j'en suis pour quelque chose même ».*

Il explique combien le lien avec son père n'a pas été simple, il tente même de le pondérer par son hypersensibilité : *« il s'est toujours un peu moqué de moi, de mes façons de faire, il voulait pas faire ça méchant hein mais euh, moi j'étais de nature susceptible et euh c'est vrai quand a toujours eu du mal à s'entendre ».*

Il souligne ensuite combien cette relation a été tendue au cours de l'anorexie : *« mon père s'était rangé du côté des médecins de l'hôpital et il voulait se débarrasser de moi, parce qu'il trouvait que c'était trop dur de, de, d'être, de, de, d'être avec moi, pourtant je vois pas qu'est-ce que j'ai fait de mal [...] il voulait que je reste interné et aussi pour le prix de l'essence de le faire aller à ***** (rire sarcastique), c'est ce qu'il m'a dit, ça m'a fait plaisir (ironique)...», qu'il contraste par la position de sa mère : « parce qu'en fait ma mère, elle voulait me garder à la maison pour m'aider et tout ça, comme Dr ***** (son médecin traitant). »*

Une famille conflictuelle

Pour les patients C, G et H les repas sont devenus le lieu des conflits :

- *Patiente C : « ça a duré six mois où elle a essayé de me faire manger et après ça a commencé à avoir des conflits au niveau de la nourriture en me disant, bah « faut te forcer ! » euh , « tu ne vas pas vivre comme ça ! » euh, « de toute façon c'est dans la tête ! » donc voilà le type de remarques de ma mère, parce que je m'en rappelle bien parce que ça touche vu qu'on est proche donc euh... »*

- Patient G : « *là du coup, c'était prise de tête à table parce que mon père qui braillait, ça écourté encore plus le repas parce que j'avais tendance à partir.* »
- Patiente H : « *Après c'est une histoire singulière, personnelle où mon père m'a toujours craché dessus quand on était à l'heure du repas donc euh si vous voulez, ouais ça s'est passé là devant mon assiette et ça a été quelque chose de quotidien, de tous les jours jusqu'à mes 20 ans.* »

La patiente C rapporte également des tensions familiales antérieures à l'anorexie : « *Bah, comme je faisais n'importe quoi, euh, enfin, je buvais beaucoup d'alcool, je prenais des toxiques, [...] bah, euh, mon père en avait marre et du coup, bah... je me faisais gronder souvent en fait, mais bon pour moi c'était de l'agression aussi, ver... verbale. Et il en a eu marre, il m'a balancé contre une porte un jour aussi...* ».

La patiente D parle également de problèmes familiaux omniprésents : « *Bah ma famille est faite de conflits en fait donc euh... [...] Ils sont pas encore divorcés. Mais ça fait longtemps que l'instance de divorce est lancée.* » Ces conflits n'ont malheureusement pas pu être réglés malgré la thérapie mise en place durant son hospitalisation : « *Après y avait des, toutes les semaines mes parents devaient rencontrer la psychologue, le médecin et moi-même, sauf que moi j'ai refusé, parce qu'on a essayé de faire l'entretien familial et ça s'est super mal passé donc, je préférais voir mes parents, euh deux heures par semaine et... quand je prenais du poids j'avais droit à des visites supplémentaires, j'ai demandé mes profs et pas ma famille donc... Moi : Qu'est-ce qui a fait que ça s'est mal passé ? Patiente : Bah, parce que ma mère disait blanc et moi je disais noir quoi. Elle refusait d'écouter ce que j'avais à dire alors que c'était moi le principal concerné...* »

La patiente poursuit d'ailleurs en expliquant avoir été recueillie par sa belle-famille : « *mon père a fait une tentative de suicide et du coup, ils ont décidé de m'envoyer chez mon fiancé parce qu'ils savaient que j'avais besoin de changer d'air et je suis restée parce que sa famille m'a accueilli.* » Elle nous fait ressentir la dichotomie dans sa relation opposée avec ses parents : « *comme ça n'allait pas, parce que mon père pour moi c'est tout quoi, j'étais vraiment mal donc ils ont préféré me faire rencontrer le médecin.* »

La patiente F déplore elle aussi le manque de communication avec ses parents : « *Euh surtout ma mère [...] y a des hauts et bas en fait mais ouais, ça a jamais été super, on a jamais eu une bonne entente, depuis l'adolescence, c'est pas super.[...] Tout, parce qu'on est jamais d'accord sur rien, euh ce que je fais, j'ai l'impression que c'est jamais bien pour elle, y a toujours des critiques et quand je fais un truc bien, bah y a jamais de remarques positives.* » Mais elle ne parle pas de son père, jusqu'à ce que je lui demande : « *Moi : Vous vivez aussi avec votre père ? Patiente : Oui oui. Moi : Et lui... Patiente : Il reste assez en retrait.* »

Le médecin traitant reste donc un pilier au centre de cette maladie, tant pour le patient perdu au milieu de tous ces symptômes et de ces conflits relationnels, que pour la famille forcément inquiète de l'état physique et psychologique de l'enfant. Un dialogue de sourd est souvent présent au sein du foyer, les patients énonçant régulièrement qu'on ne les écoutait pas ou

qu'ils ne comprenaient pas les réactions de leur entourage à leur propos. Le médecin pourrait avoir le rôle de médiateur.

Une famille fragilisée par un secret

L'histoire de la patiente E est singulière, puisqu'un tabou était entretenu autour de sa naissance. Les problèmes relationnels étaient donc bien antérieurs à son anorexie : *« j'ai vu une psychologue avec mes parents pour faire de la thérapie familiale mais comme mon père ne voulait pas dire que j'étais issue de PMA et de don de sperme, bah ça s'est (rit), ça a fini court parce qu'on a dû faire deux, quand j'avais 9 ans, deux, deux consultations et mon père a fini par refuser, totalement refuser de, de poursuivre donc ça s'est arrêté là, mais j'ai pas eu spécialement d'explications à l'époque de pourquoi ça s'est arrêté d'un coup »*. Depuis sa plus tendre enfance, elle était suivie par des spécialistes : *« j'ai déjà vu des pédopsys quand j'avais 3 ans [...], parce que ma mère disait qu'elle était totalement dépassée par la personne que j'étais et qu'elle ne comprenait pas, des choses que je fais qu'elle ne comprenait pas [...] ma mère était totalement angoissée et elle ne savait pas quoi faire avec moi. Euh mais les pédopsychiatres continuaient de la rassurer et de lui dire « [...] c'est pas la peine [...] de venir nous voir, elle est tout à fait normale votre enfant »*.

b. Une fragilité individuelle

Comme nous venons de le voir dans cette partie et précédemment, les troubles de la personnalité sont solidement ancrés au sein de l'anorexie mentale. Nous allons maintenant voir les prémices de la maladie qui sont présents dès l'enfance.

Une souffrance omniprésente

Comme il a été dit pour la patiente B, elle était déjà suivie et avait même été hospitalisée pour un syndrome anxio-dépressif près de 7 ans avant la déclaration de son anorexie. Mais elle raconte ce qu'il semble être des signes avant-coureurs dès son enfance : *« je me souviens que maman en parlait à son médecin, euh je ne mangeais pas grand-chose, c'est vrai que j'étais pas épaisse et euh... bah je nourrissais souvent beaucoup de... de flans, de choses comme ça et... euh, bon à l'époque le médecin disait à maman, euh, euh, euh, « ça viendra et... elle reprendra du poids »*. [...] *c'est vrai qu'en plus, comment dire, j'ai un frère qui est handicapé mental (autiste), et qui à l'époque n'était pas encore placé donc c'était très très dur à la maison [...] ça a été une enfance assez... déjà là j'ai commencé (silence) oui à..., j'avais pas faim parce que bon... déjà d'une part, euh.... je me souviens qu'on ne mangeait pas comme une famille normale, mon papa était marin et euh, bon ben rester à table avec mon frère, c'était impossible, il aurait tout emmené euh... bah valser, donc on mangeait toujours avec un lance-pierre quoi... donc rester à table c'est vraiment quelque chose... encore maintenant j'ai du mal à rester, une fois que j'ai fini, on débarrasse tout et terminé quoi...voilà. »*

Le trouble de la patiente C apparaît également dans l'enfance mais là aussi, le contexte familial joue un rôle prépondérant : *« Parce que, comme je voyais ma mère vomir, parce que ma mère a une maladie, elle a la fibromyalgie et euh, du coup, elle vomissait beaucoup, du*

coup moi j'avais peur, au niveau de la gorge, quand je l'entendais vomir, bah ça me faisait, ça me faisait peur en fait et du coup je mangeais, je mangeais moins. Moi : D'accord. Qu'est-ce qui la faisait vomir ? Patiente : Euh, les crises, elle faisait des crises au niveau de ses muscles, du coup bah, c'est des crises en fait... du coup ça la rend malade. Moi : On parlait peut-être de spasmophilie ? Patiente : Oui, voilà. Bah j'en ai eu moi aussi de la spasmophilie. Moi : Donc le fait d'entendre votre mère vomir, ça vous bloquait au niveau de votre alimentation ? Patiente : Oui. Moi : Vous aviez quel âge à ce moment ? Patiente : Oh, je devais avoir entre 7 et 9 ans. » Elle l'analyse d'ailleurs correctement, en apporte la notion de mimétisme : « je commençais à faire de la spasmophilie très très tôt et je, j'avais beaucoup mal au ventre, du coup ça, ça m'empêchait de manger en plus de ça. Mais je pense que je faisais du mimétisme par rapport à ma mère, comme elle était malade, bah moi aussi je voulais être malade, donc euh... »

La patiente D décrit plutôt un changement soudain : « Bah pas à ma connaissance mais apparemment, ils m'ont détecté dépressive. Moi j'étais pas... après je sais, mes meilleures amies, j'en ai parlé avec elles, elles m'ont dit que d'un seul coup, du jour au lendemain je me suis renfermée... j'étais vraiment une personne joviale et là, plus rien... (rire, gênée) [...] Patiente : Non. Non, non, justement j'étais une personne super ouverte, je voulais voir tout le temps quelqu'un, je rigolais tout le temps. Moi : Et c'est arrivé d'un coup avec la maladie ? Patiente : D'un seul coup, plus rien. »

Malgré tout, quand je lui demande si des signes ont pu être présents dans son enfance, elle me répond : « Patiente : Non, non j'étais une gourmande, ah ouais j'arrêtais pas de manger (rire). Moi : De la tristesse ou des signes de dépression ? Patiente : Oui, j'étais énormément triste, j'ai eu une enfance très triste. » Nous pouvons alors nous demander si cela ne reflète pas un signe annonciateur. En effet, il est fréquent pour un médecin traitant d'être confronté en consultation, pour des motifs communs (certificats de non contre-indication à la pratique de sports ou rappel de vaccins), à des jeunes patients dont les parents rapportent qu'il a « toujours faim » ou au contraire un « appétit d'oiseau ». Ces réflexions doivent très probablement ne pas être minimisées et prises en charge dès lors puisqu'elles reflètent une souffrance.

La patiente E analyse d'ailleurs cette notion, expliquant la présence d'une réelle hyperphagie boulimique tôt dans son enfance : « j'ai des boulimies depuis que je suis enfant et même si c'était, ça passait toujours pour de la gourmandise mais j'avais des boulimies non vomitives euh, ouais j'ai jamais vomi, depuis que je suis petite je me souviens avoir eu des fringales totales, à aller dans le frigo et de manger des glaces euh, de la rilette, des gâteaux et tout euh, mais très ponctuellement et du coup ça passait un peu à la trappe et quand j'ai été adolescente, ça s'est intensifié et particulièrement autour de mes... ouais à partir de mes 9 ans ça s'est intensifié. »

Un retentissement physique

Le caractère impulsif des personnalités limites est aussi présent, la patiente B l'aborde quand je lui demande si son anorexie était encore visible physiquement à la rencontre avec son nouveau médecin traitant : « *Oui... ouais ouais, oui pi il y a ça, il y avait bon... les scarifications donc... elle voyait quoi donc euh... [...] bon je touche du bois mais ça peut m'arriver encore hein (silence) [...] oui, euh... (silence), oui euh... le mal-être, oui, me faisait euh... des scarifications, des choses comme ça, des brûlures de cigarettes... »*

La patiente C parle également de ces automutilations, qu'elle cherche à minimiser en utilisant le mot *bêtise*, mais elle va plus loin, abordant un nouveau problème : « *elle (sa généraliste) voyait que je faisais que des bêtises et puis que je commençais à avoir des... je me scarifiais, je prenais des cachets, euh... Moi : C'était fréquent les scarifications ? Patiente: Euh, oui, c'était toutes les semaines. Moi : Il y avait des tentatives de suicides ? Patiente : Oui, du coup, là elle s'est dit [...] on va peut-être me faire hospitaliser puis voir un psychiatre par la suite avec le CMP quoi. »*

Elle est la seule patiente à aborder ce sujet, probablement tu de façon volontaire la plupart du temps, tout comme les autres addictions : « *je faisais n'importe quoi, euh, enfin, je buvais beaucoup d'alcool, je prenais des toxiques... »*

Il semble surprenant qu'au sein de tous ces témoignages, aucune patiente ne parle réellement d'addiction, même quand la question est directement posée avec la patiente D : « *Moi : Vous n'avez jamais eu d'addictions ? Patiente : Non jamais, bah les cours (rire). »*

Le sujet était possiblement jugé trop grave ou trop honteux par certains patients pour en discuter franchement. Pour autant, cette comorbidité peut fréquemment être présente chez ces patients et doit être souvent abordée par le médecin traitant.

Il semble donc évident que des prémices peuvent apparaître dès le plus jeune âge et doivent être suivis par le médecin traitant, voire avec le psychiatre dans certains cas. La littérature explique d'ailleurs que la génétique aurait une place importante puisque l'anorexie serait à 70 % héréditaire (7). Une étude française aurait réussi à isoler plusieurs gènes ayant une incidence sur l'apparition de la maladie (11). Ceci pourrait donc encore élargir les différentes approches thérapeutiques de la maladie dans les prochaines années.

c. Un facteur déclenchant

En plus des difficultés sous-jacentes, nous allons pouvoir maintenant constater qu'un facteur déclenchant est toujours à l'origine de l'éveil de la maladie.

Patiente A : « *ma mère m'avait mise dehors pour aller chez mon père, mon père avait trouvé une copine et m'avait dit « bah maintenant que j'ai une copine, il va falloir que tu trouves un appartement et que tu te débrouilles » donc du coup, voilà, c'est comme ça que ça a peut-être aussi commencé mon mal-être, j'étais pas bien... »* Une nouvelle fois, l'environnement de la

jeune adulte est mis à mal, déclenchant l'apparition de crises boulimiques quotidiennes, avant qu'elle initie un régime qui la fera basculer dans l'anorexie.

Pour la patiente B, la fracture au sein de son foyer en aussi a été la cause : « *Je pense qu'il y a eu un évènement déclenchant, ça a été le... bah le divorce. Le divorce et pi la difficulté avec mes enfants, de gros gros problèmes, hein comme vous pouvez savoir. [...] Le divorce a été très très dur donc euh... ça a sûrement joué aussi, je ne sais pas.* »

Tout comme la patiente D, suite à sa perte de repères : « *Il y avait eu un déménagement et l'année d'avant ma tante s'était pendue. Donc peut-être que... On reste sur cette piste.* », tout comme la patiente F, quand je lui demande s'il y avait de la tristesse dans l'enfance : « *Euh pas dans l'enfance mais plutôt euh, c'est quand on a déménagé en fait. [...] quand j'allais passer de la quatrième à la troisième, on a déménagé. On est arrivé ici et j'ai pas du tout apprécié le changement en fait, parce que je quittais mes copains, j'entrais dans l'adolescence, je quittais tous mes repères en fait, du coup bah c'est là que je pense que ça a dégringolé, donc du coup je ne me suis pas du tout intégrée à ma classe de troisième, j'ai, euh c'est là que j'ai commencé à déprimer et à arrêter un peu de manger.* »

Patiente E décrit l'accumulation de difficultés relationnels : « *c'était une année très chargée pour moi (rit), j'avais rompu avec mon premier amour, [...] la personne pour qui j'avais rompu avec lui ne voulait pas de moi non plus [...] euh mes parents ont divorcé, euh avec ma coloc ça se passait super mal, euh j'avais juste l'impression que j'avais pas de place, mon père vu que mes parents ont divorcé [...] euh, il m'appelait tous les soirs en larmes, alcoolisé... [...] le déclencheur ça a été ça, c'est vraiment de me dire mes parents divorcent, euh mon père m'en met plein la tronche, euh ma mère elle se barre en Corse, elle fait sa life, [...] sa compassion vient même pas à moi euh, la personne que j'ai aimé le plus au monde je l'ai trahi et il ne veut plus de moi,* »

Pour les patients suivants, c'est un autre type de violence qui fait basculer leur vie :

- Patiente C : « *je connais mon élément déclencheur... qui m'a provoqué l'anorexie... [...] J'ai été agressée et du coup depuis euh, ça m'a, ça a joué sur la nourriture, je ne pouvais plus manger en fait après... [...] Euh, j'avais 16 ans, c'est venu après, je mangeais, je commence à manger peu, je mangeais déjà peu à mes 16 ans et j'ai repensé à mon agression avec mon psychiatre, on en a parlé et depuis qu'on a remué tout ça, bah j'ai commencé à ne plus manger. [...] je me suis fait violée par quelqu'un que je connaissais depuis une semaine et du coup ça m'a provoqué des séquelles quoi.* »
- Patient G : « *finalement c'était plus par rapport au problème que j'ai eu au collège, [...] J'arrivais plus à parler à personne, j'étais devenu totalement parano parce que, ils étaient méchants les gens, ils essayaient de me faire des sales coups, [...] ils s'amusaient à faire plein de sales coups et, et du coup c'est ça, pour moi c'est ça, [...] Je rêvais de ça la nuit, j'en pouvais plus, c'était horrible... »*
- Patiente H : « *C'est la perte de mon frère. C'est lui qui m'a élevé de, de mes, de ma naissance à euh, bah mes 8 ans où il est décédé, il a eu 15 ans à ce moment-là, décédé d'une leucémie et c'était lui qui s'occupait de moi [...] moi je voulais me marier avec lui*

vous voyez comme une petite fille et donc [...] c'est essentiellement la perte et puis le deuil.[...] J'ai grandi ensuite dans le deuil de ma mère et ne pas pouvoir consoler sa mère c'est très dur, [...] Et je l'ai vu mettre de la couleur ma mère quand j'avais 17 18 ans, là où je tombe malade, c'est où je tombe malade, ce qui a été un choc quoi... »

La présence d'un traumatisme est toujours à l'origine de l'apparition de l'anorexie mentale.

2- Une porte de sortie

a. Le déclic

Un premier pas décisif dans la prise de conscience

La prise de conscience et la disparition de l'anosognosie sont essentielles sur le chemin de la guérison. Ce sont parfois des petits riens mais cette avancée est décisive.

Le premier déclic de la patiente A a eu lieu pendant son hospitalisation : *« c'est un jour à la clinique, euh, ils m'ont pesé, parce qu'ils me pesaient tous les jours, euh, j'ai vu sur la balance que j'étais à 39 kilos et là je me suis vue dans le miroir, maigre, c'était la première fois mais c'était horrible quoi. [...] Mais c'était impressionnant, parce que je me voyais tous les jours dans le miroir, je m'étais jamais vue comme ça quoi, j'avais que des os en fait, euh, que la peau sur les os et c'est là que j'ai eu un déclic, plus ou moins, que bah là je me suis rendue compte que j'étais malade... »*

C'est également quand elle a pris conscience de son poids que la patiente C a commencé à accepter la prise en charge : *« Je commençais à avoir peur, euh, je perdais beaucoup de poids, euh, je faisais un peu effet yoyo, parce que des fois ça m'arrive par période de manger, je ne suis pas boulimique mais ça m'arrive de manger un peu plus... mais je voyais que je perdais beaucoup beaucoup de poids et j'avais peur de finir, euh, à l'hôpital ou en dénutrition... Du coup, c'est l'élément déclencheur. »*

Ce sont les répercussions sur ses capacités cognitives qui lui ont fait ouvrir les yeux à la patiente D : *« Surtout les cours, le fait que je n'arrive pas à me concentrer, tout ça, je me suis dit qu'il y avait un problème. Je suis une élève quand même assez sérieuse, j'ai des capacités et là, j'ai tout perdu assez vite. »*

C'est face au miroir, après l'intervention de son compagnon de l'époque, que la patiente E réalise : *« je savais que j'étais maigre mais j'avais pas vraiment vu, du coup un jour, il m'a foutu à poil devant un miroir [...] donc lui m'a montré mes côtes, mon, mon, qu'on voyait absolument toute ma trachée, mon sternum, voilà, donc à partir de ce moment-là j'ai quand même vu que j'étais très très très maigre, je l'ai vu et je commençais à avoir honte, parce qu'avant j'avais pas honte... »*

Contrairement aux autres témoignages, dans son récit, la patiente F ne parvient toujours à sortir d'un certain déni : *« j'ai un problème avec la nourriture mais de là à dire que je suis*

malade... je dirai jamais que je suis anorexique. [...] Parce qu'après j'ai jamais été à l'hôpital, me faire hospitaliser pour ça donc... [...] j'en ai parlé un petit peu avec des filles de ma classe qui ont été anorexiques et y en a une qui est vraiment, qui a atteint les 35 kilos et qui est partie à l'hôpital, qui a failli mourir et tout ça, du coup par rapport à ça je me dis que je suis assez loin quand même, du coup je ne me considère pas comme malade... »

Un évènement vers la guérison

Tout comme nous avons pu voir qu'un traumatisme était toujours à l'origine de l'éveil de l'anorexie nous allons maintenant pouvoir constater qu'un changement soudain peut aussi être une clef vers la rémission.

Patiente A : « Et y a un livre en fait qui a été vraiment le gros déclic et c'est là que je me suis rendue compte que j'étais encore malade [...] « Ce matin, j'ai décidé d'arrêter de manger », voilà, c'est celui-là. [...] je me suis rendue compte, de faire le ménage tout le temps, de... j'avais, j'avais tout en fait ! Tout ! [...] quand j'ai vu qu'une personne vraiment anorexique av..., enfin décrivait exactement ma vie en fait, c'est là que j'ai eu le déclic et que je me suis dit « faut que j'arrête quoi... faut que je fasse quelque chose parce que je vais..., j'ai pas envie de mourir, j'ai pas envie de ... j'ai envie de continuer à vivre et bien quoi, pas de, d'être faible comme j'étais... »

C'est aussi un livre qui a permis à la patiente E de connaître sa thérapeute : *« je suis tombée sur un livre qui s'appelle Les toxicos de la bouffe, euh qui m'a totalement parlé parce que la nana, euh la nana a vécu l'anorexie et la boulimie donc je voyais clairement de quoi elle parlait et pi, c'était une thérapeute en fait, donc euh, à la fin, il y avait son adresse mail avec son site internet où elle expliquait et je me suis dit [...] « elle a capté, elle ne va pas me raconter n'importe quoi, elle ne va pas me culpabiliser », donc après j'ai pris rendez-vous avec cette nana et c'est elle qui m'a permis... avec euh cette thérapie de groupe, j'y suis restée 2 ans et demi, de sortir des comportements les plus compliqués... [...] c'est ça qui m'a sauvé, c'est vraiment ça... »*

La patiente A explique également qu'une rencontre amoureuse l'a beaucoup aidé : *« Après j'ai eu un petit copain et je ne voulais pas qu'il sache en fait que j'étais malade, donc là je mangeais puis c'est venu petit à petit en fait ».*

Comme la patiente B : *« euh comme j'ai rencontré mon ami et ben je ne pouvais plus me faire vomir et voilà. Et en plus lui, il cuisine. [...] Mais j'ai quand même mis du temps avant de, de, bah de remonter au poids de maintenant quoi. [...] J'ai essayé en cachette (les vomissements) mais bon, comme il entendait, donc euh... [...] il me disait d'arrêter, donc du coup, bah j'arrêtais quoi. Et pi après il me proposait vraiment de, ben de faire à manger, ben du poisson, des choses qui me dit « ça, ça ne va pas te faire grossir ». »*

Ainsi que la patiente C : *« Bah là, je commence à cuisiner, je fais des quiches au thon, on a fait des gâteaux pour dimanche pour aller voir mon père. Donc je commence un peu à... renouer le contact avec l'alimentation en fait. [...] Ah oui, je dis « on » parce que c'est avec mon copain qu'on cuisine donc... [...] Il comprend tout à fait et il me laisse... il force un peu*

à manger, il me dit « bah tiens, tu fais petite bouchée par petite bouchée, là tu vas finir une part, euh, un peu plus grosse » par exemple et il me conseille en fait. Donc il comprend très bien, donc ça m'aide énormément. »

Chez les patientes n'étant pas encore guéries, parfois l'événement est un fantasme :

La patiente D nous parle de fonder sa propre famille: *« Je sais qu'avec mon fiancé on parle d'avoir un enfant en ce moment et ça m'aide pas mal parce que, je prends sur moi... »* Plus tard dans la discussion je lui demande : *« Vous voyez quelque chose qui pourrait faire le déclic et vous aider ? »* et elle répond à nouveau : *« Mon enfant ! »*.

Pour la patiente C, sa guérison passera inévitablement par une hospitalisation en centre spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire, qu'elle argumente : *« Parce qu'on va se concentrer que sur la maladie. Pendant une ou deux semaines ça va que être ça et là on va vraiment pouvoir me donner des vrais conseils sur comment s'en sortir, pour moi c'était ça. Moi : Parce que le reste du temps on se focalise plus sur le côté borderline ? Patiente : Oui voilà (agacée), parce que ça ça commence à m'énerver que borderline, borderline, bon j'ai compris la maladie, maintenant j'aimerais bien qu'on passe à l'anorexie quoi. J'ai peur de perdre encore du poids. »*

La patiente H souhaite une vie marginale : *« je voudrais partir de France, mon espoir c'est de ne pas revenir, voilà. Moi : Vous avez un projet concret en tête ? Patiente : Ouais un peu, un peu ouais, un flou artistique pour un poète mais ouais (rit). »* Tout en remettant en question sa possible guérison : *« je vois l'issue que dans l'amour [...] moi si je veux sortir, c'est sortir tout court, c'est pas de la maladie, [...] et c'est pour ça que cette vie, on en a qu'une hein, je veux la traverser quoi, pour moi, et je veux vivre, je vais pas, voilà on va pas me faire chier à essayer de me guérir, moi je veux vivre quoi (petit rire). »*

b. Un retour sur cette expérience

Après tant d'années d'évolution dans leur maladie, il est intéressant de regarder ce qu'ils en pensent à l'heure actuelle.

La patiente E en sort grandie : *« Oui, je suis guérie, je suis guérie, je pense que je retournerais plus jamais dans l'anorexie, même si je sais que quand je suis pas bien, je mange moins, je, je respecte trop mon corps maintenant et respecte trop ce que je suis, donc j'ai appris à respecter ce que je suis, j'ai appris à honorer mon corps comme il est, même si esthétiquement il ne me plaît pas, je le respecte, je le respecte d'avoir subi tout ce que j'ai pu faire et de ne pas, enfin j'ai pas de carence, j'ai pas un corps dégueulasse, ma peau ne pend pas, j'ai pas, je suis pas malade, mes cheveux ne sont pas tombés, mes dents ne sont pas tombées, j'ai récupéré mon cerveau (rit) [...], je suis jamais malade, je suis solide et il reste solide, c'est ça qui est incroyable. Quand ton corps te donne la chance de repartir à zéro, tu ne peux pas lui faire subir ça a nouveau. [...] J'ai pas un rapport à la bouffe qui est super simple mais ça prend son chemin, ça vient tranquillement, ça se met en place. »*

Le patient G explique même avoir une dette envers la société et son entourage : « *j'avoue devoir plein de choses à tout le monde enfin j'ai fait gaspillé plein d'argent (à cause de ses hospitalisations)(rit), c'est vraiment idiot hein, même si on payait rien, mes parents ne comprennent pas pourquoi mais moi je, j'ai vraiment honte quoi, j'ai hâte de payer mes impôts pour racheter ça quoi, c'est vraiment honteux et euh je remerciais, j'essayais de remercier, j'ai besoin de remercier tous ceux qui m'ont aidé, euh c'est vraiment, ça a été une période, quand je suis sorti de ça, c'était vraiment de la gratitude pour tous ceux qui m'ont aidé quoi, j'ai envoyé des lettres à tous mes profs et tout, heureusement qu'ils étaient là quoi et euh... et j'avais besoin aussi, c'est pour ça que j'ai fait un TPE (Travaux Personnels Encadrés), j'ai envie au cas où d'autres personnes seraient comme ça, j'ai eu la prétention de vouloir essayer d'aider ceux qui auraient pu en avoir besoin... Donc ça s'est passé maintenant mais vraiment, tous les gens qui m'ont aidé là-dedans, j'oublierai jamais quoi, j'arrive, j'arrive, dès que j'arrive pas à dormir, direct mon esprit va là-dessus... »*

Le suivi avec son médecin traitant est essentiel pour la patiente C : « *En fait de parler. De parler à mon médecin traitant. De parler de ça et pi d'essayer de comprendre au fur et à mesure, de mettre sur du long terme, des paroles, des mots sur la maladie, ça, ça a commencé à m'aider. [...] oui, j'ai avancé. Parce que quand on est, on est soutenu, bah ça change tout en fait, quand on est compris euh... bah quand on est compris ça change quoi, on a envie d'avancer. »*

Mais elle pondère ces propos en ajoutant : : « *par contre j'ai l'impression d'avancer mais pas de m'en sortir, parce que, comme j'ai des moments où c'est très compliquant, comme ce midi par exemple où j'ai pas pu manger grand-chose, bah j'ai l'impression que je redescends en fait, que ça fait des effets yoyo... j'avance, je commence à cuisiner par exemple, je dis « je vais goûter ce que j'ai fait » et pi là je commence à être dégoutée de la nourriture, je me dis « bah non en fin de compte, je suis pas guérie quoi ».*

Elle nous montre, laisse penser, que la présence d'une analyse négative sur leur pathologie est souvent un signe d'une absence de guérison.

La patiente A à une vision de l'évolution beaucoup plus pessimiste : « *après, on est jamais, vraiment guéri de l'anorexie... [...] je sais que je ne suis plus malade... mais y a toujours un petit, enfin, je pense comme toutes les anorexiques, toutes les personnes anorexiques, y a toujours un petit euh, une petite chose dans la tête qui... (silence) qui est là quoi. [...] ça reste toujours en nous, je pense... »*

La patiente B reste dans le regret de son corps d'anorexique : « *Moi : Vous vous considérez comme guérie maintenant de votre anorexie ? Patiente : Je p... Je peux pas dire à 100% [...] Non, honnêtement, si je pouvais reperdre du poids, je..., je ferai le grand pas ! »*

La patiente D reste dans la colère : « *Moi, ça m'énerve. Ça m'énerve parce que je suis une bosseuse, enfin j'ai envie de réussir tout ce que j'entreprends et là on m'interdit de tout faire, je m'ennuie à mourir et ça me déprime totalement quoi. [...] enfin je sais pas à cause de la maladie et des problèmes que mes parents m'ont donné, je suis quand même assez mature pour mon âge et du coup j'ai besoin de rentrer dans la vie active, sauf que je ne peux pas sans*

diplôme (rire, gênée).[...] c'est mon pire obstacle. Ça c'est horrible. » Elle ajoute également ne plus se reconnaître, regrettant ce qu'elle est devenue : « Pi même plus l'envie de rire, c'est ça qui m'embête parce que j'aimerais bien redevenir la personne que j'étais avant, parce que je sais très bien que je ne suis pas la même. » Et s'inquiète pour l'avenir : « j'ai peur quoi, j'ai peur des séquelles. Et pi j'ai peur que ce soit toujours cercle vicieux, parce qu'à chaque fois j'en suis sortie, j'ai replongé, j'ai vraiment peur. Pi même au niveau de mes études, quand est-ce que je vais pouvoir reprendre, est-ce que je vais réussir à reprendre, est-ce que je ne vais pas rechuter... »

Et la patiente H continue de s'isoler : « j'ai quitté le, le, le social, parce que le pôle emploi, les... j'ai fait les usines, de l'intérim, des choses comme ça, j'ai pensé pouvoir mener une vie un peu de nécessité, un peu de voilà le nerf de la guerre et pour pouvoir poursuite une vie d'écriture, parce que c'est ma vie et euh c'est dur, les deux sont durs, l'usine et après prendre Heidegger, c'est dur le soir et euh, euh et puis j'ai laissé tomber quoi, après physiquement, j'ai eu aussi mon fiancé qui est décédé d'un cancer il y a trois ans [...] c'est pff, la vie vous rattrape aussi quoi. Et alors là du RSA (Revenu de Solidarité active) depuis un an, je veux passer en invalidité pour euh, pouvoir respirer un peu au niveau financier... [...] donc oui je fuis vers cette pension d'invalidité. »

Ce recul leur apporte une nouvelle représentation de la maladie :

La patiente E nous explique que cette traversée a été un passage indispensable pour apporter un équilibre dans sa vie : « Je pense que ça a été une chance, c'était violent, c'était douloureux, c'était un chemin de croix mais si j'avais pas pété un câble maintenant, je ne sais pas ce que je serais aujourd'hui... et euh, et ça a été un super déconnecteur pour que mes parents se rendent compte que j'étais humaine et que je pouvais mourir... [...] ça a été très douloureux mais si je devais repasser par-là euh, je repasserais par-là, enfin pas aujourd'hui hein mais euh, si je devais le refaire, je le referais exactement, difficilement et exactement pareil, [...] c'était nécessaire, c'était un mal nécessaire, ça a énormément appris sur moi, sur mes parents, ça a permis à mes parents de, de vraiment se prendre une grosse claque qui méritaient bien, de se rendre compte que ce qu'ils faisaient sur moi ça avait des conséquences [...] ça a permis à ce qu'ils lèvent le tabou sur ma naissance qui je pense euh, si j'avais pas fait ça mais ma mère m'a dit euh « je te l'aurais dit quand ton père serait mort », je pense que ça aurait horrible, ça aurait été horrible ! Donc euh je suis super contente qu'ils l'aient fait, enfin euh maintenant, quand j'avais 22 ans et pas, et pas à 50 ans quand ta vie, ça a été de la merde et tu te demandes pourquoi toute ta vie... »

Pour le patient G, ce passage est une ineptie : « Que c'était sacrément idiot de ma part (rit), vraiment j'ai une grosse honte et euh surtout pour, pour ce que j'ai fait à ma mère particulièrement, j'en voudrais toujours un peu à mon père au fond de moi mais bon maintenant ça s'est réglé. »

Pour la patiente H, c'est une malédiction : « c'est une sacrée poisse quoi, elle vous colle à la peau quand même, elle vous colle à la peau. » Malgré les difficultés endurées, elle ne veut pas se séparer de son anorexie « quelque part elle est mon salut aussi (petit rire), c'est vrai... sinon j'aurais même pas posé ces questions sur la vie, le monde sans doute, j'aurais été

comme mes copines [...] mais bon, y a certaines choses auxquelles j'ai pas envie d'être esclave, j'ai envie d'être plus, la liberté c'est un grand mot, s'émanciper, [...] d'un conformisme, d'un langage euh, d'une identité, des appartenances, [...] du collectif aussi, [...] c'est tout ça, c'est un chemin de seul, je crois que cette liberté-là, chacun en fait l'expérience seul. »

PARTIE IV : DISCUSSION

A propos de la méthodologie

Ce travail est possiblement limité par plusieurs biais :

Un biais de confirmation : l'analyse est faite sur les propos des patients dont la véracité n'est pas vérifiable, les patients racontant des faits ou des ressentis datant de plusieurs années, pouvant donc oublier voire modifier certaines informations.

Un biais d'investigation : en effet, l'entretien nécessitait parfois la relance des patients pouvant influencer, voire couper involontairement leur discours.

Un biais externe : bien que le lieu de l'entretien ait été laissé au choix du patient, la présence dans un environnement médical aurait pu influencer son discours.

Un biais d'interprétation : l'analyse n'est effectuée que par un seul chercheur.

A propos des résultats

Afin de répondre à la question de recherche, nous allons maintenant voir ce que pourrait être une primo-consultation idéale selon les patients anorexiques.

Bien sûr en cas de risque vital trop important, le médecin se doit de mettre en place une hospitalisation mais devant rester la plus courte possible, tout en reprenant le suivi et le soutien dès la sortie. Le premier rôle du médecin est avant tout d'empêcher la mort.

Le médecin traitant doit oser aborder la maladie avec le patient dès que le moindre soupçon est présent. Les questionnaires validés, tel le SCOFF-F, peuvent l'aider à évoquer la pathologie. L'anorexie est un signal d'alarme d'un immense mal-être, c'est pourquoi le généraliste peut déceler le problème sous-jacent avant même l'installation de la restriction alimentaire ou des craving, au détour d'une banale consultation de contrôle par exemple. Ceci permettant d'éviter la consultation imposée par le parent.

Dans le cas où l'anorexie mentale se serait déjà installée, le médecin doit pouvoir compter sur la participation de la famille afin d'amener la personne à consulter. Plusieurs outils peuvent prêter main forte au médecin ou à la famille si le patient ne réalise pas l'existence du problème corporel (livre de témoignages, cerceau, miroir...).

Le médecin doit également être en mesure d'apporter des explications claires au patient sur sa pathologie, en abordant les possibles comorbidités psychiatriques sous-jacentes et les notions d'hypersensibilité, d'instabilité relationnelle et d'impulsivité, sans se cantonner aux simples signes physiques de maigreur.

L'écoute active et bienveillante nécessite d'être au cœur de l'échange, sans jamais porter de jugement.

La psychothérapie est une étape clef permettant de dénouer des problèmes psychosociaux créés ou aggravés par la maladie. Elle doit être un soutien pour le patient et son entourage, avec des consultations régulières, à la fois individuelle (patient seul et parents seuls) et en famille (avec les parents mais aussi la fratrie si besoin).

Des conseils nutritionnels doivent être fournis au patient, ils doivent porter sur la quantité mais aussi la qualité des aliments, en lui conseillant de privilégier les aliments caloriquement riches. L'orientation vers un diététicien ou un nutritionniste spécialisé dans les troubles alimentaires peut être d'un grand secours.

La surveillance biologique sera réalisée de façon ponctuelle afin de déceler de possibles carences et troubles électrolytiques.

La gestion du poids doit se faire sans contrat, en étant délicat lors des pesées, souvent difficilement vécues par les patientes. Une stabilisation de poids peut être un pacte avec le malade dans un premier temps, en attendant la prise de conscience de la pathologie et l'acceptation de s'en sortir.

Sur le plan médicamenteux, les compléments alimentaires hyperprotéinés et un traitement symptomatique (antiacide, supplémentation, anxiolytique...) peuvent être une grande aide et sont souvent bien acceptés.

L'orientation vers un thérapeute (psychiatre ou psychologue) spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire est conseillée compte-tenu de la souffrance psychique des patients.

De plus, il s'agit d'une maladie longue et souvent complexe, il est donc important pour le médecin traitant de s'entourer de différents acteurs et intervenants permettant une prise en charge pluridisciplinaire.

Le site de l'Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire (www.anorexiéboulimie-afdas.fr) et la ligne téléphonique « Anorexie boulimie, info écoute » (0810 037 037) permettent des informations sur les équipes spécialisées les plus proches.

PARTIE V : CONCLUSION

Le médecin généraliste est un pilier dans la prise en charge de l'anorexie mentale. La primo-consultation est donc un évènement essentiel et doit être réalisé le plus précocement possible.

Cette thèse a permis d'étudier le vécu et le ressenti des patientes anorexiques avant, pendant et après cette consultation ; montrant que la communication est un facteur déterminant dans la mise en place d'un suivi efficace de ces patientes hypersensibles.

Le médecin traitant dispose de tout le panel nécessaire à la prise en charge, permettant une alliance thérapeutique solide et performante : explications de la maladie, accompagnement psychologique de soutien, conseils nutritionnels, suivi et surveillance médicale et l'orientation vers les autres spécialistes.

L'hospitalisation ne doit être instaurée qu'en cas d'urgence vitale somatique ou psychiatrique et doit rester la plus courte possible, tout s'en assurant de la continuité des soins ambulatoires dès la sortie.

Il serait intéressant de poursuivre la recherche auprès d'un plus grand échantillon de patients, réellement sortis de l'anorexie mentale et donc avec un meilleur recul sur la maladie, pouvant décrire les différents facteurs ayant permis leur guérison définitive.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS, « Anorexie mentale: prise en charge », recommandations, juin 2010, disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf. Consulté le 20/01/2016
2. Golden N.H., Katzman D.K., Sawyer S.M., Ornstein R.M., Rome E.S., Garber A.K., Kohn M., Kreipe R.E. « Update on the Medical Management of Eating Disorders in Adolescents. » *Journal of Adolescent Health* 56, no 4 (avril 2015): 370-75. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.11.020.
3. Marks P., Beumont P., Birmingham C.L., and others. « GPs managing patients with eating disorders: A tiered approach. » *Australian family physician* 32, n° 7 (2003): 509.
4. Exterkate C., Vriesendorp P.F., Cor A.J. de Jongh, « Body attitudes in patients with eating disorders at presentation and completion of intensive outpatient day treatment. » *Eating Behaviors*, Volume 10, Issue 1, January 2009, Pages 16–21. doi:10.1016/j.eatbeh.2008.10.002
5. Allen K.L., Fursland A., Watson H., Byrne S.M. « Eating disorder diagnoses in general practice settings: Comparison with structured clinical interview and self-report questionnaires. » *Journal Ment Health*. 2011 Jun;20(3):270-80. doi: 10.3109/09638237.2011.562259.
6. Mehler P.S. « Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. » *Annals of Internal Medicine* 134, n° 11 (2001): 1048-59.
7. Guy-Rubin A., Criquillon S., Vindreau C., « Anorexie mentale. » *La revue du Praticien*, février 2016, vol. 66 ; Pages 145-157
8. Wilfahrt R.P. « The Role of the Generalist in the Initial Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa. » *Minnesota Medicine*, 2015 Feb;98(2):37-40
9. NICE Clinical Guideline 9 : Eating disorders : core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders : a national guideline. January 2004.
10. Balsan G., Carrot B., Godart N., Hofmann M., Huas C., Piot M.A., van Effenterre A., Corcos M. « Anorexie mentale : Tri alimentaire, restriction hydrique, hyperactivité doivent alerter. » *La revue du Praticien* 28, n° 919 (Avril 2014), pages 285-290

11. Clarke J., Ramoz N., Fladung A.K., Gorwood P., « Higher reward value of starvation imagery in anorexia nervosa and association with the Val66Met BDNF polymorphism » *Translational Psychiatry* (2016) 6, e829; doi:10.1038/tp.2016.98
12. Yon L., Doyen C., Asch M., Cook-Darzens S., Mouren M.C. « Treatment of anorexia nervosa in young patients in a special care unit at Robert-Debré Hospital (Paris): guidelines and practical methods. » *Arch Pediatr*. 2009 Nov;16(11):1491-8. doi: 10.1016/j.arcped.2009.07.022.
13. Currin L., Waller G., Schmidt U. « Primary care physicians' knowledge of and attitudes toward the eating disorders: Do they affect clinical actions? » *International Journal of Eating Disorders* 2009 Jul;42(5):453-8. doi: 10.1002/eat.20636.
14. Corcos M., Chambry J., Jeammet P. « Anorexie mentale et boulimie : traiter la personnalité. » *La revue du Praticien* 17, n° 621/622 (Septembre 2003) ; Pages 1031-1034
15. Godart N., Lyon I., Perdereau F., Corcos M., « Prise en charge des troubles des conduites alimentaires chez les adolescentes. » *La revue du Praticien*, vol. 58 (Janvier 2008), pages 177-182
16. Bergh C., Callmar M., Danemar S., Hölcke M., Isberg S., Leon M., Lindgren J., and al. « Effective Treatment of Eating Disorders: Results at Multiple Sites. » *Behavioral Neuroscience* 127, n° 6 (2013): 878-89. doi:10.1037/a0034921.
17. Corcos M., Bochereau D., Jeanmet P. « Anorexie mentale et boulimie de l'adolescente. » *La revue du Praticien*, 2000; 50.
18. Delannes, S., Doyen C., Cook-Darzens S., Mouren M.C. « Les stratégies d'attachement, leur transmission et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales. » *Annales Médico-psychologiques*, revue psychiatrique 164, n° 7 (septembre 2006): 565-72. doi:10.1016/j.amp.2004.11.016.
19. de la Rie S., Noordenbos G., Donker M., van Furth E. « Evaluating the treatment of eating disorders from the patient's perspective. » *Int J Eat Disord*. 2006 Dec;39(8):667-676.
20. Forman S.F., McKenzie N., Hehn R., Monge M.C., Kapphahn C.J., Mammel K.A., Callahan S.T., et al. « Predictors of Outcome at 1 Year in Adolescents With DSM-5 Restrictive Eating Disorders: Report of the National Eating Disorders Quality Improvement Collaborative. » *Journal of Adolescent Health* 55, n° 6 (décembre 2014): 750-56. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.06.014.
21. Lask B., Bryant-Waugh R., Wright F., Campbell M., Willoughby K., Waller G. « Family physician consultation patterns indicate high risk for early-onset anorexia nervosa. » *Int J Eat Disord*. 2005 Nov;38:269-272.
22. Society for Adolescent Health and Medicine, Golden N.H., Katzman D.K., Sawyer S.M., Ornstein R.M., Rome E.S., Garber A.K., Kohn M., Kreipe R.E. « Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: Medical Management of Restrictive Eating

Disorders in Adolescents and Young Adults. » *Journal of Adolescent Health* 56, n° 1 (January 2015) : 121-5. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.10.259.

23. Yeo M., Hughes E., and others. « Eating disorders: early identification in general practice. » *Australian family physician* 40, n° 3 (2011): 108.
24. Ariste-Zelise C. « Modalités du diagnostic de l'anorexie mentale de l'adolescent par le médecin généraliste en ambulatoire » Thèse: Med: Université Paris Est Créteil, 2013
25. Doucet M. « Modalités de prise en charge de l'anorexie mentale restrictive pure: enquête rétrospective auprès de 545 Médecins Généralistes exerçant en cabinet de ville dans le bassin Lillois » Thèse: Med: Université de Lille, 2011
26. Fabry-Ponrouch F. « Evaluation de la prise en charge de l'anorexie mentale à l'adolescence à travers une enquête réalisée auprès des médecins généralistes de la Marne » Thèse : Med, Reims, 2011
27. 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 d'omnipraticien du Maine et Loire » Thèse: Med: Université d'Angers, 1995
28. Rive-Lange C. « Anorexie mentale et médecine générale: réflexions concernant la place du médecin généraliste dans le parcours de soins des patientes souffrant d'anorexie mentale; approche qualitative à partir d'entretiens réalisés auprès des patientes » Thèse: Med: Paris Diderot, 2013

ANNEXE 1 :



Département Universitaire
de Médecine Générale

22, avenue Camille Desmoulins CS 93837 – 29238 – Brest CEDEX 3
Tél : 02 98 01 65 52 – fax : 02 98 01 64 74

NOTICE D'INFORMATION

Investigateur coordonnateur principal

Nom : Dr CHIRON Benoît

Adresse : Département de médecine générale, Faculté de Médecine de Brest, 22, avenue Camille Desmoulins, 29238 Brest cedex 3

Promoteur

Département Universitaire de Médecine Générale – 22 avenue Camille Desmoulins - 29238 Brest Cedex 3

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude par un interne en médecine générale, PAUCHET Fabien. Le DUMG de Brest est le promoteur de cette étude, il en est responsable et en assure l'organisation.

Monsieur PAUCHET Fabien vous expliquera son travail de thèse. Si vous décidez de participer à cette recherche, on vous demandera de signer un formulaire de consentement. Cette signature confirmera que vous êtes d'accord pour participer à cette étude.

1– DEROULEMENT DE L'ETUDE

Une interview qui aura lieu dans le cabinet de votre médecin traitant ou par téléphone. Cette interview sera intégralement anonyme et il sera impossible à un lecteur de l'étude de pouvoir vous identifier.

1– RISQUES POTENTIELS DE L'ETUDE

Il n'existe pas de risque lié à la participation à cette étude.

2– BENEFICES POTENTIELS DE L'ETUDE

Il n'existe aucun bénéfice potentiel pour cette étude.

3– PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à l'étude à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans que cela n'entraîne de conséquences.

Dans ce cas, vous devez informer le médecin investigateur de votre décision.

Dans le cas où vous retirerez votre consentement, nous effectuerions un traitement informatique de vos données personnelles sauf opposition écrite de votre part.

Durant l'étude, vous serez averti(e) par votre médecin investigateur, si des faits nouveaux pouvaient affecter votre volonté de participer à l'étude.

4- OBTENTION D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

A l'issue de l'étude, et à votre demande, vous pourrez être informé(e) des résultats globaux de la recherche par votre médecin investigateur.

5- CONFIDENTIALITE ET UTILISATION DES DONNEES MEDICALES

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle le DUMG de Brest vous proposent de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière, qui vous a été présenté.

A cette fin, les données recueillies, y compris tout questionnaire et les données relatives à vos habitudes de vie seront transmises au Promoteur de la recherche où seront traitées les données de cette étude.

Ces données sont anonymes et seront identifiées par un numéro de code.

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

<p>Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et de signer le formulaire de recueil de consentement. Vous conserverez un exemplaire de cette note d'information.</p>



Département Universitaire
de Médecine Générale

22, avenue Camille Desmoulins CS 93837 – 29238 – Brest CEDEX 3
Tél : 02 98 01 65 52 – fax : 02 98 01 64 74

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je, soussigné(e), Mme, M. (nom, prénom).....
reconnais avoir lu l'information concernant l'étude de M. Pauchet Fabien intitulée « Quels sont les besoins d'un(e) patient(e) anorexique mentale lors d'une primo-consultation en médecine générale ? » et accepte librement d'y participer.

La lecture de la note d'information ainsi que l'échange que j'ai pu avoir avec mon médecin généraliste ont conforté mon choix de participer à cette étude qui n'engendrera aucun surcoût à ma charge.

Ma participation consiste à un entretien avec M. Pauchet Fabien dont les réponses seront enregistrées numériquement. Ces données seront protégées dans des conditions assurant le respect de la confidentialité et pourront être uniquement consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe du médecin investigateur, mandatées par le promoteur ou les représentants des autorités de santé. Les enregistrements seront conservés pendant toute la durée de l'étude et détruites à l'issue de l'analyse des données.

J'accepte par la présente de me prêter en toute liberté à cette étude menée par le CHRU de Brest. Je consens à l'enregistrement audio de mon entretien.

Je sais que je peux à tout moment interrompre ma participation à cette recherche sans motiver ma décision. Ceci ne modifiera en rien ma relation avec mon médecin généraliste.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur ou pour son compte. Le droit d'accès prévu par la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (article 39) s'exerce à tout moment auprès du médecin qui me suit dans le cadre de la recherche et qui connaît mon identité. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de ce même médecin qui contactera le promoteur de la recherche.

J'ai été informé(e) que, conformément à la réglementation sur les études cliniques, le Comité d'éthique de la recherche impliquant des personnes humaines de l'UBO a rendu un avis favorable pour la réalisation de cette recherche. Je certifie être affilié(e) au régime de la Sécurité Sociale.

Fait en trois exemplaires originaux

Nom, prénom de l'investigateur :

A....., le.....
Nom, prénom du patient :

Signature :

Signature :

ANNEXE 2 :



The Ethics Committee for Research of the University of Brest
Le Comité d’Ethique pour la Recherche de l’Université de Brest (UBO)



Objet : avis n° 01/ 2016 - 02

Après expertise du projet de thèse de médecine intitulé « Quels sont les besoins d'un(e) patient(e) anorexique mentale lors d'une primo-consultation en médecine générale? » proposé par Fabien PAUCHET, Interne de médecine générale (thèse sous la direction de Benoît CHIRON, Département de Médecine Générale de Brest), le Comité d’Ethique pour la Recherche de l’UBO considère que ce projet de recherche ne soulève pas de problèmes en matière d’éthique, à l’unanimité de ses membres présents lors de la séance du 25 février 2016.

Brest, le 27 février 2016

Professeur Pascale PLANCHE

Présidente du Comité.



PAUCHET (Fabien) – Quels sont les besoins d'un(e) patient(e) anorexique mentale lors d'une primo-consultation en médecine générale ?
What are the needs of a patient suffering from anorexia nervosa during the first consultation in General Practice ?
Th. : Méd. : Brest 2016

RESUME :

Introduction : Beaucoup de médecins ne se sentent pas à l'aise pour gérer l'anorexie mentale en ambulatoire, mais il existe peu d'études s'intéressant à ce qu'éprouvent les patients. Ce travail avait pour objectif de s'intéresser au vécu et au ressenti des patient(e)s atteint(e)s d'anorexie mentale au cours de la primo-consultation en médecine générale.

Méthode : Dans cette étude qualitative rétrospective, des entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés auprès d'un échantillon raisonné de patient(e)s atteint(e)s ou ayant un antécédent d'anorexie mentale.

Résultats : 8 entretiens ont été réalisés auprès de patients (1 homme et 7 femmes) dans les limites du Finistère. La première consultation de médecine est initiée par un parent dans la quasi-totalité des cas. La communication et les explications sur la maladie font très souvent défauts. L'hospitalisation prolongée et les contrats de poids n'ont pas d'effet positif. Chez chaque patient, ont été retrouvés des prémices dans l'enfance, une famille en souffrance et un facteur déclenchant.

Conclusion : Cette étude a permis de mettre en évidence ce qui pourrait être la consultation idéale selon les patients. L'anorexie mentale est un signal d'alarme et le médecin traitant dispose de tout le panel nécessaire à la prise en charge, permettant une alliance thérapeutique solide et performante.

ABSTRACT :

Background : Many Doctors don't feel at ease in managing anorexia nervosa in ambulatory management, however, only a few studies taking an interest in these patients' feelings exist.

Method : In this retrospective qualitative study, semi-structured one-to-one interviews were conducted among a fitted sample made of patients suffering from anorexia nervosa or with a medical history of it.

Results : Eight interviews were carried out among patients (1 man, 7 women) within the Finistère region. In most cases, the first consultation is initiated by a parent. Communication and explanations about the illness are often lacking. Prolonged hospitalization and weight contracts don't have any positive effect. For each patient were found beginnings in their childhood, a suffering family and a trigger.

Conclusion : This study allowed to highlight what could be the ideal consultation according to the patients. Anorexia nervosa is a warning and the doctor has the panel he needs to manage this illness, permitting a sturdy and successful therapeutic alliance.

MOTS CLES :

ANOREXIE MENTALE
PRIMO-CONSULTATION
MEDECINE GENERALE
TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE
TROUBLE DE PERSONNALITE

ANOREXIA NERVOSA, GENERAL PRACTICE, EATING DISORDERS, PERSONNALITY DISORDER

JURY :

Président : M. WALTER

Membres : M.BOTBOL

M. AUGUSTIN

B. CHIRON

DATE DE SOUTENANCE : 28 Septembre 2016