HAL
open science

Anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent en soins primaires : une enquête de pratique auprès des pédiatres et médecins généralistes de Gironde

Rudy Perelroizen

▶ To cite this version:

Rudy Perelroizen. Anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent en soins primaires : une enquête de pratique auprès des pédiatres et médecins généralistes de Gironde. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02497507

HAL Id: dumas-02497507
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02497507v1

Submitted on 3 Mar 2020

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.

Université de Bordeaux

UFR des Sciences Médicales

Année 2019 **Thèse n° 3194**

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mardi 10 décembre 2019 par

Rudy PERELROIZEN

Né le 12 décembre 1990 à Toulouse

Anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent en soins primaires : une enquête de pratique auprès des pédiatres et médecins généralistes de Gironde

Directeur de thèse

Madame le Docteur Anne GAIFFAS

Membres du jury

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD	Président
Monsieur le Professeur Thierry LAMIREAU	Juge
Monsieur le Professeur William DURIEUX	Juge
Monsieur le Professeur Cédric GALERA	Juge
Madame le Professeur Nathalie GODART	Rapporteur
Madame le Docteur Caroline HUAS	Rapporteur

Université de Bordeaux

UFR des Sciences Médicales

Année 2019 **Thèse n° 3194**

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mardi 10 décembre 2019 par

Rudy PERELROIZEN

Né le 12 décembre 1990 à Toulouse

Anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent en soins primaires : une enquête de pratique auprès des pédiatres et médecins généralistes de Gironde

Directeur de thèse

Madame le Docteur Anne GAIFFAS

Membres du jury

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD	Président
Monsieur le Professeur Thierry LAMIREAU	Juge
Monsieur le Professeur William DURIEUX	Juge
Monsieur le Professeur Cédric GALERA	Juge
Madame le Professeur Nathalie GODART	Rapporteur
Madame le Docteur Caroline HUAS	Rapporteur

Remerciements

AUX RAPPORTEURS :

Madame le Professeur Nathalie GODART

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,
- Présidente de la Fondation de Santé des Étudiants de France,
- Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, UFR des Sciences de la Santé Simone Veil, Centre Hospitalier Universitaire Paul-Brousse : Centre de recherche en Épidémiologie et Santé des Populations.

Madame le Docteur Caroline HUAS

- Docteur en Médecine, Médecin généraliste.

Je vous remercie d'avoir accepté d'être les rapporteurs de ce travail, j'en suis très honoré.
Soyez assurées de ma reconnaissance et de mon profond respect.

AU DIRECTEUR DE THÈSE :

Madame le Docteur Anne GAIFFAS

- Docteur en Médecine, Pédopsychiatre,
- Praticien Hospitalier,
- Pôle Universitaire de l'Enfant et l'Adolescent (PUPEA),
- Centre Hospitalier Charles Perrens.

J'ai eu la chance de pouvoir effectuer cette thèse sous votre direction. Merci de m'avoir accompagné dans l'élaboration du sujet et de l'étude, malgré les doutes et les hésitations. Je vous remercie infiniment pour votre soutien et votre confiance. Soyez assurée de ma plus grande reconnaissance.

AUX MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur Thierry LAMIREAU

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,
- Chef de service du Service de Pédiatrie Médicale,
- Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, Pellegrin.

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury.
Recevez l'expression de ma respectueuse reconnaissance et de mon profond respect

Monsieur le Professeur Cédric GALERA

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,
- Pôle Universitaire de l'Enfant et l'Adolescent (PUPEA),
- Centre Hospitalier Charles Perrens.

Je suis très honoré de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail et des conseils précieux que vous m'avez prodigués.
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde considération.

Monsieur le Professeur William DURRIEUX

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,
- Directeur adjoint du Département de Médecine Générale,
- Université de Bordeaux.

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury.
Recevez l'expression de ma respectueuse reconnaissance et de mon profond respect

AU PRÉSIDENT DU JURY :

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,
- Chef de pôle du Pôle Universitaire de l'Enfant et l'Adolescent (PUPEA),
- Centre Hospitalier Charles Perrens.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse, et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Je tiens à vous remercier pour vos encouragements, votre disponibilité ainsi que la pertinence de vos enseignements et conseils tout au long de mon internat. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Oma, tu as été et tu demeures une source d'inspiration pour ma pratique musicale et médicale. Pour ta détermination, ton ouverture d'esprit, ta générosité, ton humilité, ta grande sensibilité, ta mémoire, je ne te serai jamais assez reconnaissant.

Je remercie tous les maitres de stages que j'ai rencontrés au cours de ma formation.
Je tiens à remercier particulièrement pour l'enseignement qu'ils m'ont apporté et leur influence sur ma pratique : Mme le Professeur Hélène VERDOUX, Mr le Professeur Bruno AOUIZERATE, Mr le Docteur Isaac LE BESQ, Mr le Docteur Emmanuel REBER, Mr le Docteur Sébastien GARD, Mr le Docteur Olivier DOUMY, Mr le Docteur Jean-Philippe RENERIC, Mr le Docteur Patrick AYOUN, Mme le Docteur BRETON, Mr le Docteur Marc DELORME, Mme le Docteur Astrid CLARET, Mr le Docteur Jean-François VIAUD.
Je remercie Mr le Professeur Sébastien GUILLAUME, responsable de l'unité TCA du CU de Montpellier, pour ses précieux conseils.
Je remercie le Dr Olivier PUEL pour son accueil au sein de la consultation de pédiatrie ainsi que son aide précieuse pour la diffusion du questionnaire auprès des pédiatres de Gironde.
Je remercie le Professeur SALAMON et Romain GRIFFIER pour leur aide méthodologique et technique ainsi que l'esprit critique et la rigueur qu'ils ont appliqué à l'accompagnement de mon travail de thèse.

Je remercie particulièrement l'équipe du Centre Expert Bipolaire du CH Charles Perrens, Mme Katia M'BAILARA, Mme Isabelle MINOIS, Mme Léa ZANOUY, Mme Florence BERNES, Mme Stéphanie Chrétien, pour l'accueil chaleureux et la qualité scientifique du stage.
À l'équipe de l'Unité pour Troubles des Conduites Alimentaires du Centre Jean Abadie, Mme Emmanuelle BOUVARD, Mme Sophie ROIGE, Mme Audrey BIDORET, Mme Delphine MURAT-DUFOIS, Mme Béatrice DUPIN, merci pour ces six mois passionnants et motivants, dans une unité mouvante et inspirante.

Je remercie mes amis : Raphaël, Charles, Ludovic, Florent, Théo, Loïc, Julien ainsi que mes cointernes.
Je remercie également tous les membres du bureau de l'APIP, avec une mention spéciale à Boris Nicolle, président inspirant et toujours attentif.
Sans vous, l'externat puis l'internat n'auraient pas eu la même coloration. Merci pour votre présence et votre soutien au cours de ces longues années d'études.

À ma famille,
Merci.

À Mona,
Merci.

Table des matières

Table des matières **10**

Abréviations **12**

Introduction **13**

Première partie : L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent **16**

1. Définitions 17
2. Épidémiologie 18
3. Étiopathogénie 20
4. Clinique 24
   - 4.1. Anorexie 24
   - 4.2. Amaigrissement et complications 25
   - 4.3. Conduites compensatoires 26
5. Principes de traitement 27
   - 5.1. Psychothérapies 27
   - 5.2. Traitement pharmacologique 29
   - 5.3. Traitement nutritionnel 30
   - 5.4. Autres traitements en cours d'évaluation 30

Deuxième partie : Des soins primaires à la prise en charge spécialisée, une articulation complexe **31**

1. Définition des soins primaires 32
2. Organisation des acteurs de premier recours 32
   - 2.1. Repérage et évaluation de premier recours 33
   - 2.2. Adressage 35
   - 2.3. Critères d'hospitalisation 35
   - 2.4. Lieux d'hospitalisation 37
3. Soins ambulatoires pluridisciplinaires 39

Étude : Anorexie mentale de l'enfant et l'adolescent en soins primaires : une enquête de pratique auprès des pédiatres et médecins généralistes de Gironde **41**

1. Introduction 42
2. Matériel et méthodes 43
   - 2.1. Constitution de l'échantillon 43
   - 2.2. Recueil des données 43

2.3. Conception du questionnaire 44
2.4. Analyse des données 45
3. Résultats 47
3.1. Diagramme de flux 47
3.2. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon 48
3.3. Analyse des commentaires libres 49
3.4. Analyse descriptive des réponses de l'ensemble de l'échantillon 50
3.5. Analyse descriptive du sous-groupe AM+1 57
3.6. Analyse descriptive du sous-groupe AM+C 61
3.7. Analyse comparative 63
4. Discussion 65
4.1. Résultats principaux 65
4.2. Comparaison avec la littérature 66
4.3. Points Forts 67
4.4. Limites 67
5. Conclusion 70
Bibliographie 71
Annexes 78
1. Figure 1 79
2. Figure 3 80
3. Figure 5 81
4. Figure 6 82
5. Figure 7 83
6. Tableau 3 84
7. Tableau 4 85
8. Tableau 5 86
9. Questionnaire 87
10. Statistiques descriptives de l'ensemble de l'échantillon 92
11. Statistiques descriptives du sous-groupe « AM+1 » 103
12. Statistiques descriptives du sous-groupe « AM+C » 114
Abstract 117
Résumé 118
Serment d'Hippocrate 119

Abréviations

- AM : Anorexie Mentale
- ALSPAC : Avon Longitudinal Study of Parents and Children
- AN : *Anorexia Nervosa* (en anglais)
- CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
- DES : Diplôme d'Études Spécialisées
- DS : Déviation Standard
- GPG : Groupe des Pédiatres de la Gironde
- GWAS : Genome-Wide Association Study = Étude d'association pangénomique
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IC : Intervalle de Confiance
- IMC : Indice de Masse Corporelle
- IRM : Imagerie par résonnance magnétique
- MG : Médecin Généraliste
- NICE : National Institute for Health and Care Excellence
- NFS : Numération et Formule Sanguine
- TCA : Troubles des Conduites Alimentaires
- TDM : Tomodensitométrie
- USMR : Unité de Soutien Méthodologique à la Recherche clinique et épidémiologique
- VS : Vitesse de Sédimentation

Introduction

L'anorexie mentale (AM) est une pathologie du rapport au corps et à l'alimentation. Elle est caractérisée par le refus de maintenir son poids au-dessus d'un poids minimum pour l'âge et la taille, une peur intense de prendre du poids, une altération de la perception du poids et/ou de la forme du corps avec déni de la maigreur.
Il s'agit d'une maladie chronique, grave et relativement fréquente chez les enfants et adolescents. Elle porte un risque de mortalité non négligeable.

À ces âges de la vie, le repérage du trouble est complexe. En effet, de nombreux enfants n'expriment pas les critères diagnostiques (développés ci-dessous) de l'AM en raison d'une immaturité cognitive ou de capacités verbales moins développées. Malgré l'évolution favorable de ces traits à l'adolescence, l'évaluation de premier recours reste biaisée par les difficultés de régulation émotionnelle propres à l'âge. En effet, les symptômes reposant sur des expérience internes (peur de grossir, déni, dysmorphophobie) peuvent être d'expression très variable.
En parallèle de l'amaigrissement, diverses situations d'aménagement sont mises en place devant les enjeux sportifs et/ou scolaires. Ces cadres fragiles conduisent souvent à une forme d'acceptation partielle et contrainte du symptôme alimentaire : contrats de reprise pondérale, activité physique réduite, contrat alimentaire, etc.
Le repérage précoce du trouble semble donc avoir lieu dans un contexte ambulatoire influencé par ces contraintes ainsi que par un entourage en difficulté.

L'adressage vers une prise en charge spécialisée souffre en conséquence d'un délai important. Ceci conduit à des hospitalisations compliquées dont l'indication aurait pu être évitée.

Les représentations de l'AM chez les médecins généralistes (MG) et pédiatres sont variables mais entraînent souvent des limitations dans l'organisation des soins. La pathologie est souvent perçue comme résistante, longue avec un sentiment d'isolement de ces praticiens de premier recours.

Devant ces contraintes liées à un réseau de soins encore insuffisamment structuré, il était nécessaire d'interroger ces spécialistes de soins primaires sur leurs connaissances, modalités d'adressage et leur perception du travail collaboratif avec le pédopsychiatre.

Cette thèse est constituée de trois parties.

La première partie traite des définitions et de l'épidémiologie du trouble. Y sont abordés quelques éléments d'étiopathogénie, la clinique de l'AM et les grands principes de traitement.

La deuxième partie est centrée sur le diagnostic et l'organisation des soins ambulatoires et/ou hospitaliers. Elle s'appuie sur les dernières publications internationales et les recommandations de la HAS (1) et du NICE (2).

La troisième partie est consacrée à l'étude transversale descriptive réalisée auprès des MG et pédiatres de Gironde. Elle s'articule selon le modèle traditionnel des publications scientifiques internationales. Un questionnaire en ligne a été élaboré puis validé par un comité d'experts représentatif des praticiens interrogés. L'échantillon des médecins a été conçu avec l'aide de la liste du conseil de l'Ordre des Médecins de Gironde. Il était constitué de 1625 médecins soit 1552 médecins généralistes et 73 pédiatres, exerçant tous dans le département de la Gironde. Le recueil des données s'est étalé sur une période de 6 mois entre le 15 novembre 2018 et 15 juin 2019. Les résultats ont été analysés avec le concours de l'Unité de Soutien Méthodologique à la Recherche clinique et épidémiologique du CHU de Bordeaux (USMR), puis discutés.

Première partie :

L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent

1. Définitions

L'anorexie mentale (AM), *Anorexia Nervosa* en anglais, est définie dans le DSM-5 comme un trouble des conduites alimentaires (3), qui regroupe les symptômes suivants :

A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte de tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Un poids est considéré significativement bas s'il est inférieur au poids minimal attendu.

B. Peur intense de prendre du poids/de devenir gros ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que ce dernier est significativement bas.

C. Altération de la perception du poids/de la forme de son propre corps, influence excessive du poids/de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

On décrit deux sous-types d'anorexie mentale : restrictive et avec accès hyperphagiques/conduites purgatives (vomissements ou prise de substances purgatives).

Le cadre diagnostique actuel englobe les AM à déclenchement pré et post-pubertaire.

Les travaux de Bryant-Waugh et Lask (4,5), ainsi que ceux de Chatoor et Surles (6) ont permis de mieux définir les spécificités des TCA infantiles et notamment des AM pré-pubertaires. Ils ont respectivement développé des classifications des TCA infantiles : la classification Great Ormond Street Hospital G.O.S.H (âges concernés : 8-14 ans) et la classification de Chatoor et Surles. Ces derniers incluent notamment les spécificités cliniques de l'AM pré-pubertaire : fréquence de la restriction hydrique, symptômes dépressifs comorbides plus fréquents dans cette classe d'âge.

Le travail de thèse du Dr Béatrice Safrano-Adenet (7) a récemment exploré les formes pré-pubertaires, qui pourraient constituer une entité clinique à part entière. Elles se diviseraient en au moins deux sous-groupes « développemental » et « adolescent-like ». En parallèle, ce travail a permis de mettre en avant le poids environnemental et l'impact d'antécédents familiaux (trouble d'anxiété sociale maternelle et symptômes dépressifs paternels). Malgré le faible échantillon (n=17) de la cohorte étudiée, les résultats appuient la nécessité de rendre le repérage précoce plus performant tout en précisant les caractéristiques de ces populations à risque.

L'étude de Herle et al (8) a récemment appuyé l'hypothèse d'une continuité entre conduites alimentaires précoces et troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. Extraite de l'étude longitudinale Avon (ALSPAC), l'évaluation des conduites alimentaires précoces (1,3 à 9 ans, 8 relevés) par les parents a été comparée à plusieurs variables cliniques à l'âge de 16 ans. La restriction alimentaire chronique précoce était associée à un risque plus élevé de développer une AM à l'adolescence (HR = 6%, IC^{95} [0-12]), uniquement chez les filles. Les caprices alimentaires ou la sélectivité alimentaire précoces étaient associés à un risque d'AM plus élevé sans restriction de genre (HR = 2%, IC^{95} [0-4]).

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un comportement alimentaire « normal » correspond à la satisfaction de besoins physiologiques, psychiques et relationnels permettant le bon fonctionnement de l'organisme sur le plan de l'activité tant physique qu'intellectuelle.
Il peut être altéré par une maladie organique (par exemple, anorexie dans les suites d'un cancer) ; par une autre maladie mentale (par exemple, délire de persécution avec crainte d'empoisonnement). On ne parle de trouble des conduites alimentaires et donc d'anorexie mentale, qu'après avoir réfuté tout autre diagnostic psychiatrique ou somatique.

2. Épidémiologie

Les outils de recherche bibliographique utilisés figurent ci-dessous :

- PubMed: [Prevalence (meSH) OR prevalence (TW)] AND ["Feeding and Eating Disorders" (MeSH) OR "Disordered Eating Behavior" OR "Feeding and Eating Disorders" (TW) OR "Feeding and Eating Disorder" (TW) OR "eating disorder" (TW) OR "eating disorders" (TW) OR "Anorexia Nervosa" (MH) OR "Anorexia Nervosa" (TW) OR "anorexia nervosa" (TW) OR anorexia* (TW) OR "Feeding and Eating Disorders of Childhood" (MeSH) NOT "binge-eating disorder" (MeSH) OR "binge-eating disorder" (TW) OR "binge-eating disorders" (TW) OR "binge eating" (TW) OR "bulimia nervosa" (MH) OR "bulimia nervosas" (TW) OR bulimia* (TW) OR osfed (TW)]+ filtre de date.
- Google Scholar: eating disorders and prevalence 2019 ⩾ Publication Year ⩾ 2000.
- Embase et Medline: "Prevalence" /de OR "epidemiology" / de AND ("eating disorder" /de OR "anorexia nervosa" OR anorexia* + filtre de date et de langue.

Les études épidémiologiques réalisées en population pédiatrique sont peu nombreuses et de méthodologies très variables. Le choix des critères diagnostiques représente le principal biais. Les chiffres fournis ci-dessous reflètent principalement les données en population adulte.

Le taux d'incidence rapporte le nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période donnée – population incidente – à la population dont sont issus les cas (pendant cette même période) – population cible. Il est un des critères les plus importants pour évaluer la fréquence et la vitesse d'apparition d'une pathologie et est généralement exprimé en ratio pour 100 000 personnes par an (personnes-année).
En population générale , il existe habituellement neuf femmes atteintes d'AM pour un homme (9,10). L'incidence de l'AM est de 109 à 270 pour 100 000 personnes-années chez les adolescents et les jeunes adultes (9,11,12).
La prévalence de l'AM chez les femmes âgées de 11 à 65 ans dans la population générale est de 0 à 2,2 % (9,11) avec un âge moyen de début des troubles à 17 ans (13). La revue de littérature de Galmiche et al (14) a retrouvé en 2019 une prévalence vie entière comprise en moyenne entre 1,4% (0,1-3,6%) pour les femmes et 0,2% (0-0,3%) pour les hommes.
La fourchette d'âge à « haut-risque » est comprise entre 12 et 17 ans, où 50% des AM se déclarent (11,15). L'étude de Micali et al (16) retrouve une période comprise entre 15 et 19 ans.

En population pédiatrique pré-pubertaire, les données épidémiologiques sont sensiblement différentes. L'étude de Pinhas et al (17), portant sur un échantillon d'un âge moyen de 11,0 ans, rapporte un sex-ratio de 6,1 (138 filles pour 22 garçons).

Les patients atteints d'AM ont le plus grand taux de mortalité de l'ensemble des patients atteints de troubles psychiatriques (18,19), avec des indices de mortalité standardisé variables entre les études de 10,6 après 10 ans (20) à 5,86 après un suivi moyen de 14,2 ans (21). L'étude de Demmler et al (10) retrouve un taux de mortalité de 1,7 pour 1000 personnes-années après un suivi de 3 ans. Un trouble de l'usage d'alcool serait une comorbidité fréquemment associée à un taux de mortalité plus élevé.
La présence d'une AM à l'adolescence est un facteur pronostic du développement de plusieurs troubles psychiatriques à l'âge adulte dont la dépression (OR=1,39 ; IC95% [1,00-1,94]), selon Herle et al (8).

La revue de littérature de Thiebaut et al (22), ainsi que l'étude clinique de Valentin et al (23) ont mis en évidence un lien épidémiologique entre l'AM et le trouble bipolaire. Les épisodes dépressifs caractérisés précoces (survenant avant l'âge de 20 ans) étant fréquents dans l'AM, le risque de développer une comorbidité bipolaire doit inciter les cliniciens à une vigilance accrue.

3. Étiopathogénie

L'alimentation accompagne le développement psychologique et physiologique d'un individu dans son environnement socio culturel.
On ne peut la réduire à une dimension purement nutritionnelle et énergétique. La régulation des émotions y est intimement liée, tant par l'apaisement de la tension provoquée par la faim que par le plaisir de manger. Les interactions entre l'individu et l'alimentation respectent des pratiques culturelles, parfois cultuelles et se retrouvent concentrées au niveau du noyau familial.

Différents modèles permettant d'aborder la genèse du trouble. Les travaux sur les théories psychanalytique, psychosomatique, systémique, développementale, ou encore cognitivo-comportementale ont été enrichis plus récemment par les apports de la physiologie, de la génétique (24,25), de l'épigénétique (26) et de la neuro-imagerie.

Dans l'article « Nouvelles perspectives sur l'Anorexie Mentale » (« New Insights in Anorexia Nervosa »), publié en 2016, Gorwood et al (27) proposent un modèle holistique basé sur le concept de rupture de l'homéostasie :

- au niveau somatique (approches neuro immuno endocrinologiques)
- cérébral (imagerie)
- psychique (approches clinique et psychologique)

Les auteurs s'appuient sur les dernières avancées scientifiques : IRM fonctionnelle, approches pangénomique et épigénétique, modèles animaux, découverte de neuropeptides (ex : 26RFa), rôle du microbiote intestinal.

3.1. Anomalies du circuit de la récompense (figure 1 en annexe)

Une explication physiopathologique de l'anorexie est la dérégulation de l'équilibre entre entrées (appétit/alimentation) et sorties (hyperactivité physique). Au niveau génétique et/ou épigénétique, les

gènes de la dopamine impliqués dans le circuit de la récompense (striatum ventral) et le mécanisme hypothalamique de régulation alimentaire (ghréline) pourraient ainsi provoquer et entretenir une dépendance au jeûne.

3.2. Stimulation chronique du circuit de la récompense par des neuropeptides orexigènes de l'aire hypothalamique latérale (AHL) (figure 3)

L'augmentation chronique de l'activité des neurones orexigéniques (MCH ; 26FA) de l'AHL pourrait renforcer l'anxiété induite par la dopamine au niveau du circuit de la récompense. Ce mécanisme pourrait à son tour renforcer l'aversion alimentaire chez les patients atteints d'AM.

3.3. Microbiote intestinal, facteur central dans l'AM

Deux hypothèses peuvent être proposées : [1] des changements préexistants au niveau du microbiote induisent et/ou participent à la restriction alimentaire et la constipation chronique induit et/ou facilite ce dérèglement. [2] Pour chaque patient, le microbiote intestinal détermine le type de malnutrition protéino-énergétique, i.e. marasme ou kwashiorkor. La modification volontaire du microbiote durant l'AM (p.ex. antibiotiques) pourrait améliorer le pronostic de la malnutrition pendant le processus de renutrition.

3.4. Trouble dysimmunitaire de la signalisation neuropeptidique (figure 5)

Le schéma physiopathologique intégral suivant pourrait correspondre à l'histoire naturelle de l'AM : (1) vulnérabilité accrue au stress (génétique, facteurs épigénétiques ou environnementaux) ; (2) événements stressants majeurs, augmentation de la perméabilité intestinale et virulence accrue du microbiote ; (3) protéines bactériennes (p.ex. ClpB) provoquant une réponse immunitaire avec, en raison de la mimétique moléculaire, augmentation de la production d'immunoglobulines réagissant avec les neuropeptides (p.ex. α-MSH) ; (4) il en résulte une dégradation de l'apport alimentaire, de l'anxiété, une gêne gastro-intestinale et autres conséquences de l'altération de la signalisation mélanocortinique centrale et périphérique ; (5) la malnutrition globale et certaines carences macro et micro nutritives contribuent à la perpétuation du dysfonctionnement des barrières intestinale et immunitaire ainsi qu'au maintien de symptômes comportementaux.

Ce schéma ouvre des perspectives thérapeutiques potentielles dans l'AM. Une approche multimodale pourrait être proposée, incluant des méthodes comportementales et/ou pharmacologiques de réduction du stress, la restauration d'une barrière intestinale fonctionnelle, la correction du déséquilibre microbiotique et le ciblage spécifique de protéines bactériennes et/ou d'Ig apparentées.

Ces hypothèses sont appuyées dans la littérature par des études comme celle de Breithaupt et al (28) qui a retrouvé une corrélation entre les infections infantiles sévères et un risque augmenté (HR=1,22 ; $IC^{95\%}$ [1,10-1,35]) de diagnostic d'AM à l'adolescence. Les infections impliquant un traitement par antibiotiques sont associées à un risque similaire (HR=1,23 ; $IC^{95\%}$ [1,10-1,37]).

3.5. Facteurs de vulnérabilité déterminant les bases des conduites alimentaires au cours de la période infantile pré-morbide (figure 6)

Les conduites alimentaires et la nutrition durant l'enfance peuvent être influencées par des facteurs de susceptibilité, incluant les préférences et aversions alimentaires précoces, les facteurs gustatifs hérités, les facteurs environnementaux et des apports précoces insuffisants. Ces différents paramètres peuvent à leur tour être concernés par les modifications associées au processus pubertaire.

La détection précoce de schémas alimentaires particuliers ou d'une trajectoire pondérale anormale pourraient signifier une vulnérabilité et un risque accru pour certains nourrissons ou enfants de développer une AM à l'adolescence.

L'étude de Watson et al (29) retrouve un lien entre poids de naissance et développement d'une AM à l'âge adulte.

Wiklund et al (30) retrouvent dans une cohorte prospective de jumeaux, une association significative entre l'IMC dans l'enfance (9 ou 12 ans) et le développement de symptômes alimentaires à l'adolescence (15 et 18 ans).

Les symptômes d'anxiété généralisée (spécifiquement les inquiétudes) préexistants dans l'enfance sont prédictifs (OR=1,10, p=0,01) du développement de symptômes alimentaires anorexiques à l'adolescence, selon l'étude de Schaumberg et al (31) basée sur la cohorte ALSPAC.

3.6. Tentative de préservation d'une homéostasie mentale (figure 7)

Le schéma de l'homéostasie biologique pourrait être transposé au domaine mental, statuant que chaque individu, d'un point de vue psychologique, possède un état d'équilibre nommé « le bien-être de la psyché » ou « eudémonie ». L'homéostasie mentale entretien l'eudémonie en permettant à la personne de se sentir en accord avec elle-même (émotionnellement et corporellement) et avec les autres (relations interpersonnelles). Chaque évènement concernant une de ces aires (émotionnelle, corporelle, interpersonnelle) peut bouleverser l'homéostasie et provoquer un état d'« allostasie mentale », douloureux pour le sujet, qui luttera en adoptant des processus adaptatifs afin de rétablir le précédent équilibre.

L'homéostasie mentale est donc un équilibre dynamique plus ou moins vulnérable, dépendant de la trajectoire développementale. Cette dernière est elle-même liée à des facteurs individuels, familiaux et environnementaux.

3.7. Approche familiale

La compréhension de l'étiopathogénie des troubles ne peut se faire sans considérer le malade dans son système familial et culturel. Le clinicien doit s'atteler à rechercher les facteurs ayant favorisé l'apparition des symptômes et leur maintien, y compris au cours du développement précoce.

Dans son ouvrage « Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent » (32), Solange Cook-Darzens reprend les théories des dernières années dans une analyse critique du rôle pathogène de la famille :

« La thèse d'une typologie singulière de famille psychosomatique associée à un modèle étiologique de famille pathogène n'est pas confirmée, pas plus que celle d'un attachement parents-enfants systématiquement insécure. […] Nous devons rester prudents à l'égard de modèles trop linéaires et unifactoriels pour expliquer de manière satisfaisante des processus aussi complexes que ceux qui sont impliqués dans le développement [de l'anorexie mentale]. »

L'auteur conclut que *« la notion de cause familiale se trouve donc remplacée par celle de facteurs familiaux de risque et de protection qui interagissent entre eux ainsi qu'avec des facteurs liés au patient et à sa maladie »* dans le contexte socio-culturel complexe et mouvant qui l'entoure.

Les praticiens de premier recours sont souvent les premiers soignants interagissant avec le système maladie/environnement familial et/ou scolaire. Le pédiatre et/ou le MG sont amenés à suivre au long cours le développement de l'enfant puis de l'adolescent, en amont du déclenchement des troubles ainsi qu'au cours du suivi spécialisé.

Si la place de ces intervenants dans le dispositif de repérage est centrale, leur rôle dans le travail de collaboration avec la famille après adressage spécialisé ne doit pas être négligé.

4. Clinique

Le diagnostic d'anorexie mentale est avant tout clinique. Historiquement, il regroupe la triade symptomatique dite des « 3A » : anorexie-amaigrissement-aménorrhée. Le dernier critère diagnostique a été abandonné car non pertinent chez les patients de sexe masculin, les patientes pré-pubères et/ou sous contraception hormonale. Par ailleurs, Attia et al (33) rappellent l'absence de différence clinique significative entre les patientes atteintes d'anorexie mentale avec et sans aménorrhée.

S'ajoutent à ces symptômes « piliers », la dysmorphophobie (incluant distorsion perceptive, dégoût du corps et peur intense de prendre du poids), les conduites compensatoires (hyperactivité, exposition au froid, vomissements), obsessionnelles (compte calorique, ritualisation de la prise prandiale), la potomanie ou la restriction hydrique (plus fréquente chez les plus jeunes (4,34), associées plus rarement à du mérycisme.

Les symptômes sont souvent d'installation infra clinique, non repérés par l'entourage, quand ce dernier n'encourage pas la restriction initiale (notamment en cas de surpoids pré-morbide). La plainte parentale auprès du médecin de premier recours n'est que tardive, plusieurs mois voire plusieurs années après le début de la symptomatologie.

4.1. Anorexie

Souvent inaugurale, il s'agit d'une conduite active de restriction alimentaire pouvant conduire à terme à l'aphagie totale. Le terme « anorexie » peut induire une confusion de sens puisqu'il ne s'agit pas d'une diminution de l'appétit mais d'une réduction initialement volontaire des apports. Cette confusion est souvent renforcée par les propos des patients qui expliquent leur perte de poids par une perte d'appétit. Ce symptôme est donc difficilement repéré par les familles et les médecins de premier recours et ne constitue généralement pas le motif principal de consultation.

Il existe au départ une véritable lutte contre la faim, puis la sensation de faim disparaît progressivement et à la perte d'appétit se substitue une intolérance à l'alimentation. En parallèle, les patient(e)s décrivent un sentiment de perte de contrôle de la restriction alimentaire avec effet renforçant que certains auteurs (27) décrivent comme symptôme d'addiction au jeûne.

Les conduites alimentaires sont rigides : les patients imposent des repas à horaires fixes, choisissent les aliments de la famille, refusent d'aller au restaurant et les repas à la cantine sont impossibles. Les repas deviennent fréquemment l'enjeu de conflits familiaux, préexistants et/ou renforcés par l'apparition d'une forme de tyrannie alimentaire pathologique.

Des rituels et un ensemble de comportements évocateurs durant les repas, ayant pour but de contenir l'anxiété liée à la prise alimentaire, s'associent aux conduites de restriction : pesée minutieuse des portions alimentaires ; tri des aliments dans l'assiette ; fractionnement des aliments en portions minuscules ; dissimulation de nourriture ; lenteur à l'ingestion ou à l'inverse prise rapide et quasi automatisée ; aliments consommés sans ordre logique au cours du repas ; consommation excessive de condiments (poivre, moutarde, épices) ou de plats brûlants, etc.
La restriction alimentaire peut avoir débuté par un régime, mais elle s'installe le plus souvent lors de périodes de transition, comme un changement d'établissement, un déménagement ou lors de la perte réelle ou symbolique d'une figure d'attachement.

4.2. Amaigrissement et complications

L'amaigrissement fait suite à la conduite de restriction alimentaire. Il est généralement le motif initial de consultation car repérable par l'entourage. La perte de poids est progressive avec des phases d'accélération de la vitesse de perte pondérale et des phases de rémission partielle de certains symptômes permettant une stabilisation relative.
L'indice de masse corporelle (IMC) est un bon indicateur de la gravité de la maladie. En revanche, il doit toujours être confronté à la cinétique de la courbe staturo-pondérale et à la présence de conséquences somatiques, quel que soit le stade de la maladie.
La tolérance de l'amaigrissement est inversement proportionnelle à la vitesse de perte pondérale. En effet, l'organisme met en place des stratégies d'épargne calorique lorsqu'il est confronté de manière durable à une carence d'apport (mécanisme similaire au jeûne). Lorsque la vitesse de perte pondérale est supérieure aux capacités adaptatives de ce dernier, des complications aiguës de l'amaigrissement sont observées : mort subite, troubles neuro végétatifs (hypotension, désadaptation cardiovasculaire), troubles de la vigilance, troubles du métabolisme hépatique, trouble de la thermorégulation centrale.
Mehler et al (35) rapportent également les complications chroniques suivantes : gastroparésie, cytolyse hépatique, bradycardie (par tonus vagal élevé), allongement du QT, anémie (40% des patients) leucopénie (30%) thrombocytopénie (10%), ostéoporose, hypogonadisme hypogonadotrope lié à une réduction de la pulsatilité sécrétoire de la GnRH (à un niveau prépubertaire), faible taux d'IGF-1, syndrome de basse T3 (à TSH normale). Ils notent également les complications dermatologiques fréquentes et observables : xérose cutanée, lanugo, cheveux fins, secs, cassants, acrocyanose, acné.
À noter qu'à l'adolescence, la restriction alimentaire peut n'entraîner au début qu'une « simple » diminution de la vitesse de croissance pondérale, sans perte de poids en valeur absolue. C'est pourquoi, il est fondamental pour les médecins de premier recours de reconstituer et suivre l'évolution staturopondérale à l'aide des courbes de croissance (carnet de santé).

Dans les cas d'anorexie pré-pubertaire, la perte de poids est souvent d'installation plus tardive, rendant de ce fait le diagnostic d'AM plus complexe dans une consultation somatique de premier recours. L'étude de Madden et al (36) retrouvait le critère « Poids inférieur à 85% du poids idéal » (critère DSM-IV) avec une fréquence de 23% (n=5) dans la cohorte prospective ambulatoire, alors que les autres critères diagnostiques étaient situés entre 59 et 91%. La peur de prendre du poids était le symptôme le plus fiable (patients hospitalisés ou ambulatoires) et le plus fréquent (74% ; n=75).

4.3. Conduites compensatoires

En parallèle de la restriction qualitative et quantitative, on constate souvent l'apparition de conduites dites « compensatoires ». Ces dernières sont très souvent associées à une volonté de contrer les calories ingérées. Mais les patients rapportent également l'usage de l'hyperactivité physique notamment comme stratégie de régulation émotionnelle lors des manifestations anxieuses propres à la maladie (peur de prendre du poids, distorsions corporelles). On observe parfois des lésions musculaires (déchirures, entorses), cutanées (dermabrasion vertébrale, hématomes) secondaires à l'intensité de l'effort physique.

Les patient(e)s peuvent recourir à des vomissements et/ou à l'usage de laxatifs, qui ont des conséquences ioniques parfois graves (déshydratation, dyskaliémies, dysnatrémies, altération de la fonction rénale, etc.).

Une hyperactivité domestique peut également s'observer (ménage, cuisine), instaurant un climat d'emprise sur la vie familiale.

Les familles et praticiens de premier recours sont confrontés à un déni de la gravité de l'état de santé, par un(e) adolescent(e) de plus en plus replié(e) et isolé(e) de son environnement.

5. Principes de traitement

Une approche multidisciplinaire est recommandée dans le traitement de l'anorexie mentale et les recommandations les plus récentes (2) le confirment. Les champs disciplinaires complémentaires regroupent les prises en charge somatique, psychiatrique, nutritionnelle et sociale. Cette nécessité d'associer plusieurs disciplines dans la prise en charge se justifie par l'étiologie multifactorielle des TCA. La HAS préconise cette multidisciplinarité dès que possible, dès lors que le diagnostic d'anorexie mentale est posé, dans le respect de l'alliance thérapeutique. Elle intervient donc dès le début de la prise en charge, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière.
Certains auteurs proposent que le premier médecin consulté (MG ou pédiatre) soit, en fonction de son évaluation initiale, l'initiateur de la diversification des soins. La HAS propose enfin l'intervention d'autres professionnels, au cas par cas (psychologue, assistante sociale, gynécologue, chirurgien-dentiste, etc.).

Le travail de collaboration entre médecin(s) somaticien(s) (MG et/ou pédiatre) et pédopsychiatre a pour but d'assurer la continuité du cadre thérapeutique.
La surveillance somatique est essentielle car elle permet au pédopsychiatre d'organiser les soins psychologiques en toute sécurité.
Les soins doivent être proposés selon la gravité des symptômes et leur cinétique, notamment au niveau de la vitesse de perte pondérale. Si cette dernière est importante, une surveillance rapprochée (notamment biologique) est nécessaire.

Zipfel et al (37,38) regroupent les principes généraux de traitement dans leur revue de la littérature publiée dans The Lancet en 2015. Cette revue a été reprise comme base de recommandations par le NICE (2) en 2017.

5.1. Psychothérapies (tableau 4 en annexe)

5.1.1. Thérapie familiale

La seule thérapie recommandée en première intention dans l'AM de l'enfant et l'adolescent est la thérapie familiale. Elle a fait la preuve de sa supériorité par rapport aux autres psychothérapies et constitue donc le gold standard.
Le nombre d'études randomisées contrôlées reste cependant faible chez l'enfant et l'adolescent

Les revues de Lock et de Brauhardt (39,40) ont récemment confirmé la supériorité chez l'adolescent d'une thérapie familiale par rapport aux psychothérapies individuelles. L'approche « Maudsley », de type familiale comportementale, développée par Lock et al (41) a par ailleurs fait la preuve d'une non infériorité par rapport à une thérapie familiale systémique classique (42), mais avec un coût moindre et une vitesse de reprise pondérale plus importante dans les deux premiers mois. Selon les auteurs, devant des tableaux d'AM à caractéristiques obsessionnelles et compulsives, la thérapie systémique doit être préférée. D'autres auteurs (43) envisagent d'explorer l'efficacité d'une approche multifamiliale afin d'abaisser les coûts.

La prise en charge initiale en thérapie familiale doit, selon le NICE (2), contenir :

- 18 à 20 séances sur 1 an
- une réévaluation de la fréquence et de la durée du traitement, 4 semaines après le début puis tous les 3 mois
- la psychoéducation nutritionnelle, incluant des schémas d'alimentation standards
- le soutien des membres de la famille non inclus dans la thérapie
- des rendez-vous externes à la thérapie pour le patient
- dans une première phase, le renforcement de l'alliance thérapeutique avec le patient, ses parents et éventuellement les autres membres de la famille
- dans la deuxième phase, un travail d'indépendance du patient (avec l'aide des parents), de façon adaptée à son niveau de développement
- dans la dernière phase, la planification de l'arrêt du traitement et la prévention de la rechute ainsi que des stratégies d'accès aux soins si arrêt du traitement

5.1.2. Thérapie cognitive et comportementale spécialisée pour les TCA (TCC-TCA)

Cette thérapie individuelle, développée spécifiquement dans le cadre des TCA, est indiquée en deuxième intention pour la prise en charge de l'AM de l'enfant et l'adolescent.

La prise en charge en TCC-TCA doit, selon le NICE (2), contenir :

- 40 séances sur 40 semaines, bi hebdomadaires dans les 3 premières semaines
- 8 à 12 entretiens familiaux brefs additionnels
- la psychoéducation nutritionnelle incluant des schémas d'alimentation standards
- la prévention de la rechute, la restructuration cognitive, la régulation émotionnelle, les interactions sociales, l'estime de soi, la remédiation de l'image corporelle
- l'éducation à l'autosurveillance des apports alimentaires en rapport avec les pensées et émotions associées

- des tâches pour appliquer les connaissances à la vie quotidienne
- des stratégies d'accès aux soins si arrêt du traitement

Aussi bien la TCC-améliorée, que proposent Grave et al (44) que la thérapie de remédiation cognitive groupale de Wood et al (45) ne correspondent qu'à un niveau de preuve 4, dits « traitements expérimentaux » nécessitant plus de preuves scientifiques.

5.2. Traitement pharmacologique

La prescription d'un traitement ne doit jamais être isolée dans la prise en charge de l'AM.

Aucun psychotrope n'a d'indication spécifique pour l'AM mais certains ont fait la preuve de leur efficacité dans le traitement des comorbidités.

Une revue récente de la littérature, de Blanchet et al (46) , reprend les principales avancées thérapeutiques.

Dans la mesure où la majeure des symptômes dépressifs se lèvent le plus souvent avec la restauration pondérale, les antidépresseurs ne sont pas indiqués en première intention (37). Seule une histoire clinique de dépression antérieure à la symptomatologie alimentaire, associée par exemple à des antécédents familiaux de dépression, peut indiquer la prescription d'un antidépresseur.

Les antipsychotiques de seconde génération (AP2G), représentés majoritairement par l'OLANZAPINE sont soutenus par certains auteurs comme Treasure et al (47)(48), qui soulignent également l'efficacité de l'ARIPIPRAZOLE. Si le critère de jugement principal habituel dans les études concernant l'AM est la prise de poids, les auteurs rappellent que l'activité antihistaminique des AP2G est favorable à l'amélioration de l'anxiété et du sommeil en parallèle d'une action dopaminergique et sérotoninergique.

À titre indicatif, dans l'attente de publications futures, les auteurs citent le DRONABINOL (antagoniste du récepteur aux cannabinoïdes) comme une piste intéressante (49). Il est actuellement indiqué dans la prise en charge de la cachexie chez les patients infectés par le VIH et souffrant de cancer. La D-CYCLOSERINE, agoniste partiel glutamatergique dur récepteur NMDA, a également été testée dans une étude pilote contrôlée versus placebo (50).

Blanchet et al (46) établissent également des recommandations pour la recherche future.

Un phénotypage plus spécifique devrait être réalisé au sein des populations cliniques, ciblant les dimensions psychologiques, les comorbidités et les caractéristiques somatiques et anthropométriques suivantes : poids pré-morbide, marqueurs hormonaux et nutritionnels de malnutrition.

Une considération plus importante devrait être accordée aux sous-groupes d'AM suivants : AM sévère, chronique avec comorbidités psychiatriques résistantes, formes pré-pubertaires.
Le développement de nouveaux biomarqueurs devrait être encouragé pour le monitorage de l'efficacité des traitements.

5.3. Traitement nutritionnel

La prise en charge nutritionnelle inclut l'identification initiale des apports spontanés du patients et ses aversions. Puis, un schéma d'alimentation standardisé lui est proposé, accompagné ou non de complément selon l'évaluation spécialisée d'un(e) diététicien(ne) ou d'un(e) nutritionniste.
Ce schéma doit être encouragé et assumé par les parents au domicile. En fonction de la gravité de la perte pondérale, une alimentation entérale (par sonde nasogastrique) peut être proposée. Dans ce cas, un monitorage biologique est nécessaire avec la prescription d'une supplémentation en phosphore afin de prévenir le syndrome de renutrition inappropriée.

5.4. Autres traitements en cours d'évaluation

Zipfel et al (37) citent les traitements par rTMS (stimulation par courant magnétique transcrânien), SCP (stimulation cérébrale profonde), comme prometteurs mais sans base scientifique solide, nécessitant des explorations randomisées contrôlées.

Deuxième partie :

Des soins primaires à la prise en charge spécialisée, une articulation complexe

1. Définition des soins primaires

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini les soins primaires (SP) en 1978 (51) comme « des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays. »
Quelques années plus tard l'American Institute of Medecine (52) précise ce concept : « Les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté. »
Le médecin de soins primaires est souvent le premier contact des patients avec le système de santé.
Trois modèles de soins primaires sont communément reconnus (53):
- Le modèle normatif hiérarchisé : un système organisé autour des soins primaires et régulé par l'état (Espagne, Finlande, Suède)
- Le modèle professionnel hiérarchisé : le MG comme pivot du système (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande)
- Le modèle professionnel non hiérarchisé : une organisation à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada, France).

Dans la littérature, les acteurs de SP majoritairement décrits sont les MG. En France, les acteurs de soins primaires qui assurent la prise en charge des enfants et adolescents sont les MG et les pédiatres.

2. Organisation des acteurs de premier recours : repérage, adressage, délais et enjeux

Durant les dernières années, on retrouve de nombreuses publications concernant la prise en charge thérapeutique hospitalière et ambulatoire post-hospitalière. En revanche, peu d'auteurs se sont penchés sur le repérage précoce et l'organisation des soins ambulatoires, alors que la HAS en 2010 et le NICE en 2017 soulignent qu'une intervention précoce multidisciplinaire a un impact global sur la trajectoire des patients (1,2).

Van Son et al (54) et Yeo (55) soulignent l'importance d'une détection précoce. Dans l'étude de Van Son, la rémission des symptômes alimentaires au cours du suivi était significativement supérieure (OR=4,3 ; $IC^{95\%}$ [1,5-12,1]) chez des patients diagnostiqués avant l'âge de 20 ans par rapport à leurs aînés.

Hunt et al (56) soulignent l'importance et le poids des représentations de l'AM chez les MG dans l'organisation du parcours de soins, dès la période infantile. L'étude de Lask (57) retrouve une corrélation entre une consultation infantile avec pour motif les conduites alimentaires et l'apparition ultérieure d'une AM.

La récente revue de la littérature de Cadwallader et al (58) a recherché l'intérêt d'un dépistage systématique des troubles des conduites alimentaires en soins primaires (SP).
Une des principales conclusions est que l'impact d'un dépistage systématique des TCA chez les patients de la population générale ou en SP n'est pas connu en tenant compte des données actuelles de la science. Aucune autre étude n'a donné d'information à propos de l'efficacité d'un dépistage en SP.

La notion de repérage diffère du dépistage systématique. Le dépistage est réalisé, par définition, chez des individus appartenant à une population à risque ou présentant des signes d'appel de la pathologie. C'est sur ce point qu'il se différencie du repérage, acteur de la prévention secondaire qui intervient à un stade précoce de l'évolution de la maladie.

2.1. Repérage et évaluation de premier recours

Lors de la consultation de premier recours, le médecin recueille la plainte, rapportée par le patient et confrontée aux propos de l'entourage.
Après une anamnèse complète, les explorations recommandées en premier lieu sont synthétisées par Zipfel et al (37) en 2015.
Elles comprennent :

- Prise des paramètres vitaux (température, fréquence cardiaque, pression artérielle)
- Poids, taille avec calcul de l'IMC, à confronter aux courbes de croissance staturo-pondérale du carnet de santé
- Examen des signes de développement pubertaire (stades de Tanner)
- Bilan biologique (natrémie, kaliémie, magnésémie, calcémie, phosphorémie, NFS, VS, créatininémie, urémie, glycémie à jeun, bilan hépatique)

- ECG dont le monitorage au cours du suivi sera décidé selon les critères suivants (perte de poids rapide, hyperactivité motrice, bradycardie, sévérité des conduites purgatives, apport excessif en caféine, prise de traitements, faiblesse musculaire, déséquilibre hydro électrolytique, arythmie cardiaque connue)

Selon les résultats initiaux, ces examens doivent être complétés par le bilan secondaire suivant :

- Dans le cas d'œdèmes sévères : albumine, protides totaux, électrophorèse des protides sériques
- Dans les formes chroniques (plus de six mois d'évolution) : ostéodensitométrie
- En présence de crises tonico-cloniques et/ou de symptômes neurologiques atypiques : TDM et/ou IRM cérébrale)
- Devant une douleur thoracique atypique, ou des symptômes abdominaux : radiographie thoracique, échographie abdominale, endoscopie oeso-gastro-duodénale.

2.1.1. Outils d'évaluation rapide

L'enjeu de la consultation de soins primaires contraste avec le faible temps disponible par les médecins de premier recours.

La revue systématique de littérature de Treille de Grandsaigne (59) a permis d'identifier les outils les plus adaptés à une consultation en médecine générale.
Ces derniers étaient nombreux et variaient selon leur type (dimensionnel ou bref), leur modalité de passation (auto-questionnaire, entretien ou les deux), les variables mesurées (attitudes, pensées, comportements, caractéristiques psychologiques associées aux TCA et caractéristiques non spécifiques des TCA) ainsi que le type de TCA dépisté.
Il n'existait pas de questionnaire concernant exclusivement l'anorexie mentale en population pédiatrique. Seul le c-EAT (60) (acronyme anglais pour « Children Eating Attitude Test) a été étudié en population exclusivement pédiatrique. Cet outil présentait malheureusement des propriétés psychométriques médiocres.

Une des principales conclusions est que le SCOFF (61)(62)(63)(64) (acronyme anglais pour « sick, control, one stone, fat, food »), et l'ESP (65) (acronyme anglais pour « Eating disorder Screen for Primary care ») sont les deux outils de repérage des TCA utilisables en MG retenus car validés et performants.

Par ailleurs, l'auteur suggère le développement d'une version brève du SCOFF, avec validation de sa traduction française, à l'attention des MG.

L'EDE-Q (Eating Disorders Examination Questionnaire) est aussi reconnu comme un outil robuste et il a été de nombreuses fois évalué (61,66) en population générale et en population adolescente (12-18 ans).

L'utilisation d'un seul questionnaire de dépistage ne saurait soustraire le praticien de premier recours à l'évaluation initiale, incluant l'interrogatoire des parents et/ou de l'entourage proche.

2.2. Adressage

Au décours de la consultation en SP, le médecin de premier recours adresse le patient vers un intervenant spécialisé pouvant porter le diagnostic et proposer une prise en charge spécialisée multidisciplinaire.

L'étude observationnelle de House et al (67) a mis en évidence l'amélioration de la prise en charge de l'anorexie mentale chez l'adolescent lorsque des soins ambulatoires spécialisés sont disponibles.

En premier lieu, les auteurs ont rapporté un repérage initial deux fois plus important dans les régions où une consultation spécialisée existait. Le taux annuel d'hospitalisation était 2,5 fois supérieur dans la population ayant initié le traitement dans une consultation non spécialisée.

Les parcours de soins des patients ayant accédé à des soins non spécialisés étaient plus complexes. Seulement 48% d'entre eux avaient continué les soins sans adressage spécialisé secondaire.

House et al (67) ont également élaboré l'hypothèse que des MG en lien avec un service de soins spécialisés verraient leurs connaissances de l'AM et leur vigilance accrues et de ce fait adresseraient davantage les patients vers des soins spécialisés ambulatoires.

Par ailleurs, dans les zones où les MG étaient uniquement en lien avec des services spécialisés d'hospitalisation, le seuil d'adressage était plus élevé.

2.3. Critères d'hospitalisation

Les critères suivants ne sauraient se substituer à une évaluation individuelle intégrant le contexte global du patient. Ils sont regroupés dans le tableau 5 (en annexe), issu de la publication de Zipfel et al (37).

2.3.1. Poids

Perte de poids rapide et/ou poids inférieur à 75% du poids minimal (-2 DS) attendu pour l'âge.
Concernant la vitesse de perte pondérale, les recommandations NICE (2) citent le « junior-MARSI-PAN » (68) (prise en charge des patients mineurs souffrants d'AM sévère) publié en 2012.
Le Royal College of Psychiatrists y regroupe différents degrés de risque :

- jusqu'à 500g/semaine pendant deux semaines consécutives : risque modéré
- de 500 à 999g/semaine pendant deux semaines consécutives : risque élevé
- supérieur à 1kg/semaine pendant deux semaines consécutives : très haut risque

On peut considérer que devant un risque élevé, la présence d'indicateurs cliniques et/ou paracliniques, cités ci-dessous, justifie l'hospitalisation.

2.3.2. Indicateurs cliniques et paracliniques

- Pouls inférieur à 50 battements par minute (bpm)
- Tachycardie posturale (élévation de plus de 20 bpm à la station debout)
- Hypotension orthostatique (chute de plus de 20 mmHg de la systolique ou 10 mmHg de la diastolique)
- Température < 35,5°C
- Pression artérielle < 80/50 mmHg
- QTc > 450 ms
- Arythmie cardiaque
- Hypokaliémie < 3,0 mmol/L
- Hypohosphorémie < 0,5 mmol/L
- Neutropénie

2.3.3. Autres indicateurs

- Conduites de purges et/ou hyperphagiques sévères (par exemple, pluriquotidiennes)
- Échec d'une prise en charge ambulatoire et/ou en hôpital de jour
- Idées suicidaires
- Trouble psychiatrique comorbide dont l'intensité justifie une hospitalisation

2.4. Lieux d'hospitalisation *recommandations HAS 2010* (1)

2.4.1. Urgence somatique

En cas d'urgence somatique, il est recommandé d'assurer la prise en charge médicale initiale :

- Soit dans un service de réanimation médicale, s'il existe des perturbations métaboliques graves ou en cas de défaillance d'organe pouvant engager le pronostic vital :
  - hypokaliémie sévère avec troubles du rythme cardiaque à l'électrocardiogramme (ECG),
  - cytolyse hépatique importante avec signes biologiques d'insuffisance hépatocellulaire,
  - insuffisance cardiaque décompensée,
  - défaillance multiviscérale dans un contexte de syndrome de renutrition inappropriée,
  - autres complications somatiques liées à la dénutrition : septicémies, infections pulmonaires hypoxémiantes, atteinte neurologique centrale et/ou périphérique,

- Soit dans un service de médecine, de préférence spécialisé en nutrition clinique, ou dans un service de pédiatrie.

Il est recommandé d'organiser ensuite le relai vers une équipe spécialisée en ambulatoire ou en hospitalisation en fonction de la situation du patient.

2.4.2. Urgence psychiatrique ou environnementale

En cas d'urgence psychiatrique associée à une anorexie mentale, une hospitalisation est justifiée en service spécialisé adolescent et enfant.

L'équipe thérapeutique met en place les soins adéquats liés à la situation, et évalue dans un second temps la nécessité d'un projet de soins plus centré sur l'anorexie mentale dans un service habitué à prendre en charge les TCA. Un service spécialisé dans la prise en charge des TCA représente le lieu d'hospitalisation prioritaire. À défaut, l'orientation se fait selon les ressources existantes en s'appuyant sur la collaboration d'équipes psychiatriques et somatiques.

Par ailleurs, une situation de crise familiale peut aussi motiver une admission en urgence, qui se fera en fonction des structures disponibles dans un lieu ou un autre.

2.4.3. En dehors d'une situation d'urgence

Il est recommandé que l'hospitalisation ait lieu dans un service de soins multidisciplinaires associant renutrition, surveillance somatique et accompagnement psychosocial. Quel que soit le lieu choisi, les

soins doivent associer un pédiatre, diététicien ou nutritionniste, pédopsychiatre, psychologue, infirmier, autres professionnels de santé et assistant social pour permettre le traitement optimal du patient. Une hospitalisation à proximité du domicile est recommandée pour favoriser la continuité des soins à la sortie et pour impliquer la famille, maintenir les liens sociaux et occupationnels du patient dans son environnement habituel.

2.4.4. Hospitalisation de jour (HDJ)

Une revue de littérature traitant de la prise en charge des adolescents souffrant de TCA a été récemment conduite par Delaunay et al (69). Elle était assortie d'un état des lieux des hôpitaux de jour en France. Les principaux résultats sont repris ci-après.
Concernant la revue de littérature : « La prise en charge en hôpital de jour pour TCA permet un gain de poids, une amélioration psychologique, une amélioration des symptômes alimentaires et des comorbidités et un maintien de ces améliorations lors d'un suivi à 6 et 12 mois tout en prévenant les rechutes », « en favorisant le maintien du patient dans son milieu social (famille, amis, scolarité, travail), l'hôpital de jour permet de favoriser les échanges et le soutien par l'environnement, élément clé du développement pour les enfants et les adolescents, préparant mieux le patient à la vie extérieure » , « il semble que ce type de prise en charge permette une réduction des coûts financiers de 20 % comparé à la prise en charge en hospitalisation temps plein ».

2.4.5. Soins-études

Des dispositifs permettant une scolarité à temps partiel associée à une prise en charge globale sont développés par la FSEF (Fondation de Santé des Étudiants de France).
La description suivante est extraite de la présentation de l'offre de soins disponible sur le site internet (70) de la fondation :

« *Les services appelés soins-études conjuguent les soins institutionnels psychiatriques de longue durée à la poursuite ou la reprise d'études adaptées. La durée d'hospitalisation peut correspondre à l'année scolaire, elle peut être renouvelée.*
Au-delà de l'ambition de réadaptation aux études le plus tôt possible après le déclenchement du trouble psychiatrique, l'objectif de l'hospitalisation est le soin psychique. Il s'appuie sur l'articulation des soins et des études comme ressort essentiel du traitement institutionnel à visée psychothérapeutique.

Les admissions se font sur le principe de l'hospitalisation service libre. Elles se font sur une demande initiée par le psychiatre référent du patient. Une visite de pré-admission est proposée au patient et à sa famille afin de définir le projet de soins-études. L'accord du patient est un pré requis indispensable. Différentes modalités d'hospitalisation peuvent être proposées :

- *l'hospitalisation à temps complet, qui correspond aux temps d'hospitalisation habituels. Des sorties thérapeutiques de WE ainsi qu'au cours de certains temps de congés scolaires, permettent de travailler les liens avec la famille et le milieu de vie au travers des interactions avec l'institution.*
- *l'hospitalisation de semaine est une modalité d'hospitalisation similaire à celle à temps complet, principalement adaptée aux patients habitant à proximité des cliniques et lorsque les soins l'autorisent.*
- *l'hospitalisation séquentielle permet d'alterner les temps d'hospitalisation plus brefs avec des séjours au domicile, selon des séquences déterminées par les objectifs de soin.*
- *l'hospitalisation de jour qui peut représenter deux modalités de soins distinctes, en amont ou en aval de l'hospitalisation à temps complet. En amont, elle est adaptée aux situations où rupture avec le milieu serait difficile, en aval elle représente un préalable à une sortie progressive.*
- *l'hospitalisation de nuit et l'hospitalisation en maison de sortie représentent les temps de rupture progressif avec le milieu hospitalier et où les capacités d'autonomie des patients sont confortées.* »

3. Soins ambulatoires pluridisciplinaires

La Haute Autorité de Santé (1) recommande a minima la présence des intervenants suivants :

- psychiatre, pédopsychiatre ou psychologue
- médecin somaticien (médecin généraliste ou pédiatre)

L'équipe spécialisée associe souvent un diététicien ou nutritionniste spécialisé à ces soignants. Bien que variant selon l'offre de soins, l'association pédopsychiatre, psychologue, diététicien est la plus fréquemment observée.

La HAS comme le NICE (2) recommandent la poursuite des consultations de premier recours (MG ou pédiatre) jusqu'à la mise en place du suivi spécialisé pluridisciplinaire.

Par la suite, selon la trajectoire des soins (ambulatoires ou hospitaliers), le praticien adresseur peut rester coordinateur selon son expérience ou assurer uniquement le suivi somatique.
L'organisation des soins ambulatoires inclue l'implication de la famille quand elle est possible, au cours des différentes étapes de la prise en charge et avec les différents intervenants.

Des réseaux de soins sont développés afin d'améliorer l'accès au suivi pluridisciplinaire ambulatoire mais restent encore insuffisants par rapport à la demande. L'objectif serait de former des coordinateurs locaux à des fins de prévention, information des professionnels et articulation des soins, à l'image du réseau pour la prise en charge de l'obésité pédiatrique (REPPOP (71).

Le développement (mission de recherche) et la diffusion d'outils de repérage précoce au sein de ces réseaux pourraient également constituer un axe d'amélioration.

En France, la FFAB (Fédération Française Anorexie Boulimie (72)) propose un annuaire des centres spécialisés dans la prise en charge des TCA en France et diffuse des supports pédagogiques à l'attention des professionnels, en parallèle de l'organisation de journées de formation et de congrès.

<u>Étude :</u>

Anorexie mentale de l'enfant et l'adolescent en soins primaires : une enquête de pratique auprès des pédiatres et médecins généralistes de Gironde

1. Introduction

Les spécificités de l'AM de l'enfant et de l'adolescent rendent le repérage complexe. En effet, de nombreux enfants n'expriment pas les critères diagnostiques en raison d'une immaturité cognitive ou de capacités verbales moins développées. En parallèle de l'amaigrissement, diverses situations d'aménagement sont mises en place devant les enjeux sportifs et/ou scolaires. Ces cadres fragiles conduisent souvent à une forme d'acceptation partielle et contrainte du symptôme alimentaire : contrats de reprise pondérale, activité physique réduite, contrat alimentaire, etc.

Le repérage du trouble en soins primaires semble donc avoir lieu dans un contexte influencé par ces aménagements ainsi que par un entourage en difficulté.

L'adressage vers une prise en charge spécialisée souffre en conséquence d'un délai important.

Les représentations de l'AM chez les médecins généralistes (MG) et pédiatres sont variables mais peuvent entrainer des limitations dans l'organisation des soins. La pathologie est souvent perçue comme résistante, longue avec un sentiment d'isolement de ces praticiens de premier recours.

Devant ces contraintes liées à un réseau de soins encore insuffisamment structuré, il était nécessaire d'interroger ces spécialistes de soins primaires sur leurs connaissances, modalités d'adressage et leur perception du travail collaboratif avec le pédopsychiatre.

L'objectif principal de cette étude transversale descriptive était d'enquêter sur les pratiques courantes de repérage, d'organisation des soins et les échanges avec le pédopsychiatre chez les médecins de premier recours (MG et pédiatres), prenant en charge des enfants et adolescents atteints d'AM, en Gironde.

2. Matériel et méthodes

L'étude était fondée sur un questionnaire en ligne. Il s'agissait un formulaire conçu sur « Google Forms® », accessible depuis un lien cliquable à l'adresse suivante : https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeMUQ0hQbsx0FLCIjP1Qa-pId-PKUQr61VHbbWZchUav4BEkIw/viewform?usp=pp_url

Sa validité a été soumise à l'avis d'un collège d'experts constitué :

- de professeurs de pédopsychiatrie, les Pr BOUVARD et GALERA
- d'un professeur d'épidémiologie, le Pr SALAMON
- d'un professeur de médecine générale, le Pr JOSEPH
- d'un pédiatre, le Dr PUEL

2.1. Constitution de l'échantillon

L'échantillon a été identifié grâce à la liste du Conseil de l'Ordre des Médecins de Gironde. Il était constitué de 1625 médecins : 1552 médecins généralistes et 73 pédiatres, exerçant tous dans le département de la Gironde. Aucun autre critère d'inclusion ou d'exclusion n'a été retenu.

2.2. Recueil des données

La diffusion du lien pour le questionnaire a été effectuée par le Conseil de l'Ordre, par mail. L'objet du mail était : « Travail de thèse d'un étudiant en psychiatrie ».

Il contenait le message suivant : *« Chères Consœurs, Chers Confrères,*

Dans le cadre de mon travail de thèse de pédopsychiatrie sur l'anorexie mentale, je réalise une étude dont la problématique principale est de faire l'état des lieux du repérage *et de l'adressage spécialisé des patients en population pédiatrique (<18ans).*

La durée moyenne pour répondre aux questions est de 5 à 7 minutes.

Un comité de relecture composé de professeurs de médecine générale, d'épidémiologie et de pédopsychiatrie a validé le questionnaire.

Bien confraternellement,

Monsieur Rudy PERELROIZEN

Interne en psychiatrie (Coordonnées) »

La première vague de questionnaires a été émise le 15 novembre 2018, aux 1625 médecins, la deuxième le 7 mars 2019. Le 10 mars 2019, une relance a été effectuée auprès du Groupement des Pédiatres de la Gironde (GPG), grâce à leur liste mail.
87 réponses ont été obtenues durant la première phase de recueil, 53 réponses supplémentaires au cours de la deuxième, soit un total de 141 réponses (8,7% des questionnaires adressés). On retrouve 126 MG soit 89,4% de l'échantillon (8,1% de la population des MG de Gironde) et 15 pédiatres soit 10,6% de l'échantillon (20,5% de la population des pédiatres de Gironde).

Au total, le questionnaire a été diffusé durant une période de 6 mois, du 15/11/2018 au 15/06/2019.
Au cours de la première vague d'envoi, la première réponse a été enregistrée le 15/11/2018, la dernière le 11/01/2019.
Au cours de la deuxième vague d'envoi, les réponses ont été enregistrées entre le 07/03/2019 et le 18/03/2019.

2.3. Conception du questionnaire (fourni en annexe)

Le choix des questions a été fait selon l'objectif de l'étude, afin d'interroger les médecins de premier recours sur leur formation, leur pratique dans le repérage et les déterminants de l'adressage spécialisé des enfants et adolescents souffrant d'anorexie mentale (AM).

L'en-tête contenait le texte suivant :
« La durée moyenne pour répondre aux questions est de 5 à 7 minutes.
Ce questionnaire collecte les adresses mail mais les données seront anonymisées durant le recueil.
Cette étude a pour objectif d'étudier le parcours de soins des patients atteints d'anorexie mentale, en population pédiatrique (<18ans).
Le questionnaire ci-dessous est diffusé en Gironde, auprès des médecins généralistes et pédiatres.
**Les astérisques indiquent une question obligatoire dont la réponse est nécessaire à la poursuite du questionnaire. »*

2.3.1. Première partie : caractéristiques socio-démographiques

Ces premières questions étaient destinées à décrire l'échantillon en termes de genre, âge, lieu d'installation, etc.

2.3.2. Deuxième partie : Formation

Dans un deuxième temps, les médecins étaient interrogés sur les enseignements et connaissances relatifs à l'AM.

2.3.3. Troisième partie : Pratique courante

Puis, le questionnaire explorait la pratique des médecins interrogés, dont le nombre de patient(e)s souffrant d'AM rencontrés par an, les habitudes diagnostiques ainsi que les difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'AM.

2.3.4. Quatrième partie : Évaluation de premier recours, diagnostics positif, différentiels et évaluation du retentissement au cours des premières consultations

Les médecins devaient renseigner les critères recherchés habituellement pour le diagnostic positif, les différentiels et l'évaluation de la gravité. Ensuite, ils étaient questionnés sur leur intérêt pour un questionnaire bref de dépistage adapté à la population pédiatrique.

2.3.5. Cinquième partie : Organisation des soins, adressage spécialisé, articulation/coordination des soins, échanges avec les spécialistes

Dans cette avant-dernière partie, nous avons interrogé les praticiens de premier recours sur la coordination des soins et l'adressage spécialisé. Différentes questions exploraient également la qualité des échanges avec le pédopsychiatre.

2.3.6. Sixième partie : Commentaires libres, espace de réflexion sur l'AM et remarques libres sur le questionnaire

Un espace d'expression libre était finalement proposé aux médecins répondeurs.

2.4. Analyse des données

Les données ont été extraites sous la forme d'un tableur EXCEL®. Les commentaires libres ont été interprétés dans un premier temps afin de dégager des axes de réflexion pour l'analyse descriptive et comparative des résultats. Les questions à choix multiples ont été séparées en sous questions pour l'analyse des réponses.

L'analyse descriptive a été faite à l'aide du logiciel « R v3 5,1 ». Les résultats comparatifs ont été obtenus par la méthode du Chi² de Pearson.
Les graphiques ont été extraits du formulaire et des résultats fournis en ligne par Google Forms®.

2.4.1. Analyse en sous-groupes

Définition et rationnel des sous-groupes

Un sous-groupe a été défini par les médecins de l'échantillon ayant déclaré rencontrer « plus de 1 patient mineur souffrant d'AM par an ». Il regroupait les catégories « entre 1 et 5 », « entre 6 et 10 » et « plus de 10 » patients mineur souffrant d'AM par an. Pour la clarté de l'exposé, il sera nommé « AM+1 ».
Un autre sous-groupe a été défini par l'ensemble des répondeurs ayant déclaré « avoir déjà coordonné les soins autour d'un patient mineur souffrant d'AM » . Il sera nommé « AM+C ».
L'intérêt de l'analyse des résultats concernant les sous-groupes AM+1 et AM+C était de limiter les réponses aux expériences réelles des praticiens répondeurs et non à des réponses hypothétiques se fondant sur « ce que l'on devrait faire ». L'analyse en sous-groupes permettait de comparer qualitativement les réponses d'AM+1 concernant la coordination des soins à celles d'AM+C.

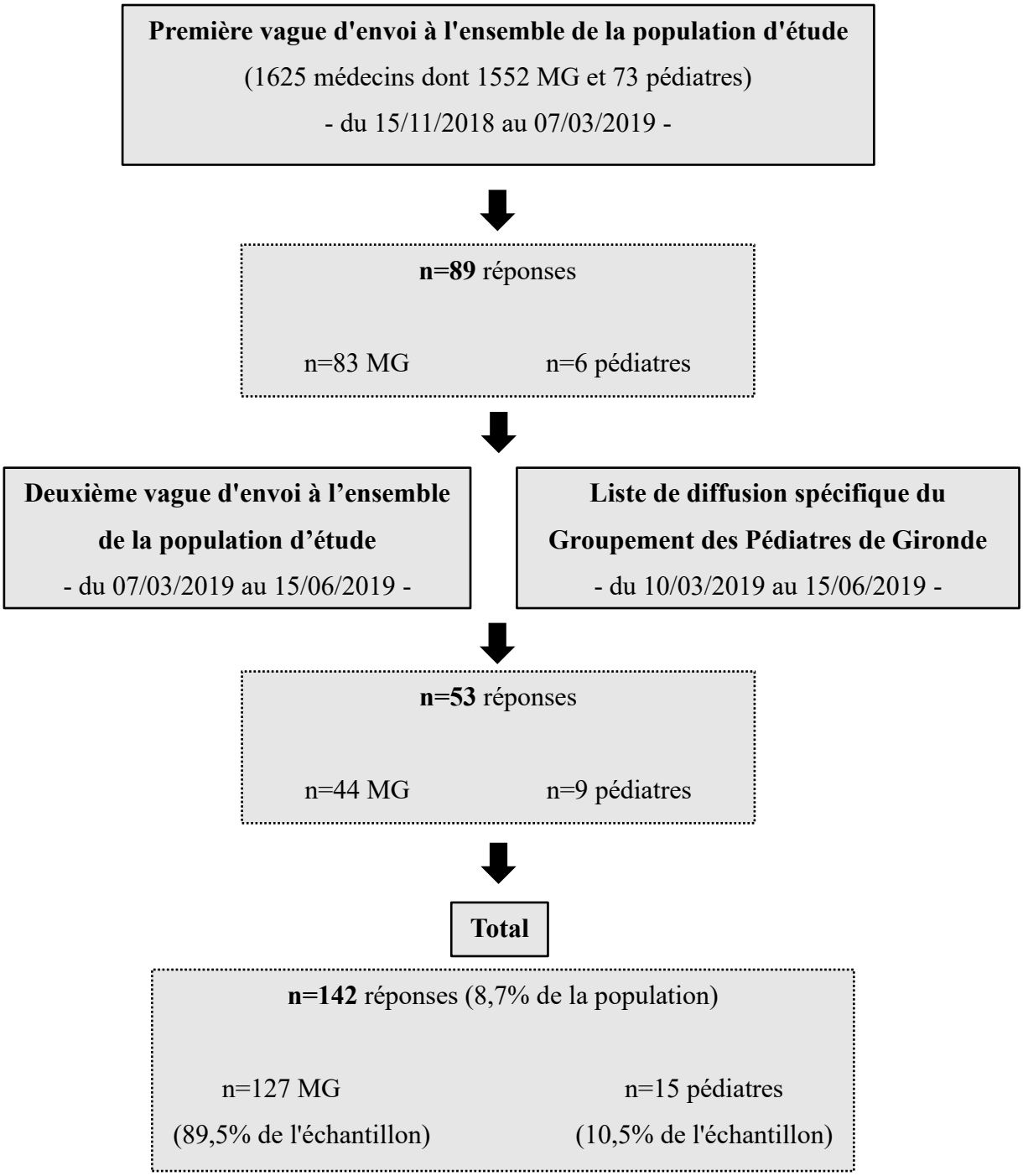
Les données d'AM+1 relatives aux parties « *2 : Formation* » et « *4 : Evaluation de premier recours* » sont données à titre indicatif en annexe mais n'ont pas été intégrés aux résultats ci-dessous.
De même les caractéristiques socio-démographiques d'AM+C ainsi que les données concernant les parties 2 à 4 n'ont pas été intégrés et figurent en annexe.

2.4.2. Analyse comparative

La question 16 : « Avez-vous le plus souvent porté et annoncé le diagnostic d'AM pour les patients rencontrés ? » a été choisie pour comparer la population de l'échantillon et établir la présence ou non de différences significatives en lien avec les habitudes diagnostiques. L'hypothèse sous-tendant cette analyse comparative était qu'un médecin portant et annonçant le diagnostic serait plus susceptible d'adresser le/la patient(e) à un spécialiste de l'AM et de rester dans l'équipe multidisciplinaire à l'issue de cet adressage.
La comparaison a eu lieu sur l'échantillon global puis le sous-groupe AM+1 afin d'écarter les médecins répondeurs ne voyant pas d'AM en pratique.
Afin de pouvoir comparer la donnée socio-démographique « Âge » en fonction des réponses à la question 16, les 4 catégories d'âges ont été réduites à 2 : « 45 ans et moins » ; « plus de 45 ans ».

3. Résultats

3.1. Diagramme de flux



3.2. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

Spécialité		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Médecine Générale	N (%)	127 (89,437)
Pédiatrie	N (%)	15 (10,563)
Quel est votre sexe ?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Femme	N (%)	94 (66,197)
Homme	N (%)	48 (33,803)
Votre clientèle est à majorité :		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Les deux de façon équilibrée	N (%)	30 (21,127)
Rurale	N (%)	34 (23,944)
Urbaine	N (%)	78 (54,93)
Quel est votre mode d'exercice ?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
En association	N (%)	118 (83,099)
Seul(e)	N (%)	24 (16,901)
Quel est votre âge (4 modalités) ?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Entre 36 et 45 ans	N (%)	37 (26,056)
Entre 46 et 55 ans	N (%)	33 (23,239)
Moins de 35 ans	N (%)	53 (37,324)
Plus de 56 ans	N (%)	19 (13,38)

3.3. Analyse des commentaires libres

Plusieurs médecins se plaignaient de « l'absence de réseaux de ville d'amont », de « structures d'adressage rapide ».
Un vécu d'isolement, « chacun dans sa bulle » était rapporté par certains praticiens, qui contrastait avec « la force d'une équipe multidisciplinaire dans le service spécialisé ».

La complexité du parcours d'hospitalisation en service spécialisé, « consistant à faire attendre le/la jeune patient(e) à l'hôpital des enfants avant une hospitalisation possible en pédopsychiatrie » était identifiée selon un médecin interrogé, tel un obstacle à la communication avec le pédopsychiatre. Ce même praticien indiquait n'avoir pu recevoir des informations sur le/la malade adressé(e) que « par le biais de la famille ».

Un médecin rejoignait plusieurs autres répondeurs dans la difficulté de « faire face au déni des familles », « lorsque le discours n'est pas le même que le pédopsychiatre ». Cette différence de discours « est renforcée par l'absence de communication ».
Ce défaut de communication avec l'équipe spécialisée était central dans la plupart des commentaires.

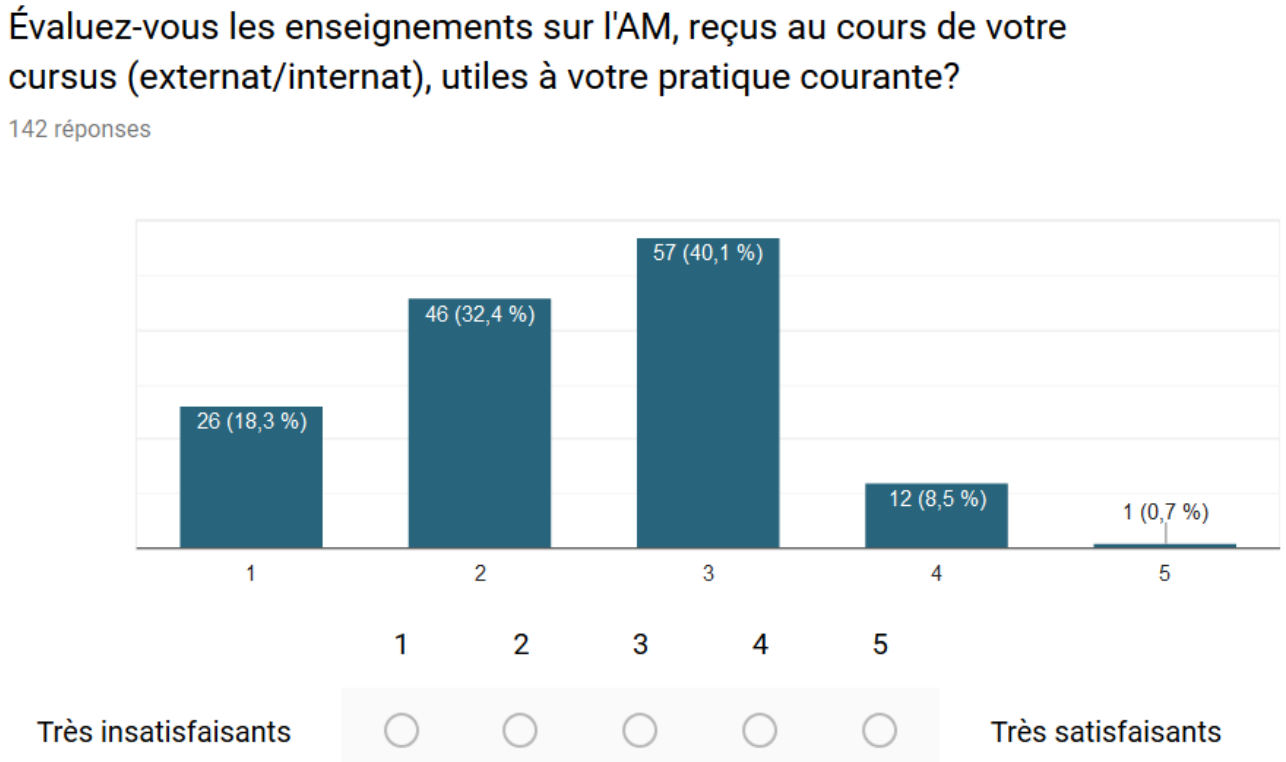
Un autre aspect des difficultés rencontrées était l' « absence de guidelines pour le repérage et l'entretien psychologique très subtil surtout chez l'adolescent(e) ». Le sentiment « de beaucoup d'énergie dépensée pour peu de résultat » était fréquemment rapporté ainsi qu'un « manque d'écoute des aidants par l'équipe spécialisée ».

Concernant l'articulation entre « réseau hospitalier et libéral », un médecin déplorait le « manque d'intérêt des hospitaliers pour le secteur libéral », un autre proposait « de devenir référent local comme dans le réseau REPPOP après une ou deux journées de formation » et d'inclure l'utilisation d'un « outil comme Paaco-globule (73) ».

3.4. Analyse descriptive des réponses de l'ensemble de l'échantillon

3.4.1. Deuxième partie : Formation

46% (n=65) des médecins interrogés déclaraient n'avoir pas reçu d'enseignement spécifique à l'AM durant leur formation initiale (internat/externat). Les autres évaluaient la qualité de ces enseignements avec une moyenne de 2,41 sur 5, sur une échelle visuelle analogique.



35,9% (n=51) de l'échantillon déclaraient avoir été en stage d'externat dans un service accueillant des patient(e)s souffrant d'AM.

57% des médecins interrogés rapportaient l'usage de revues et livres médicaux comme principale source d'information sur l'AM et 46,5% internet.

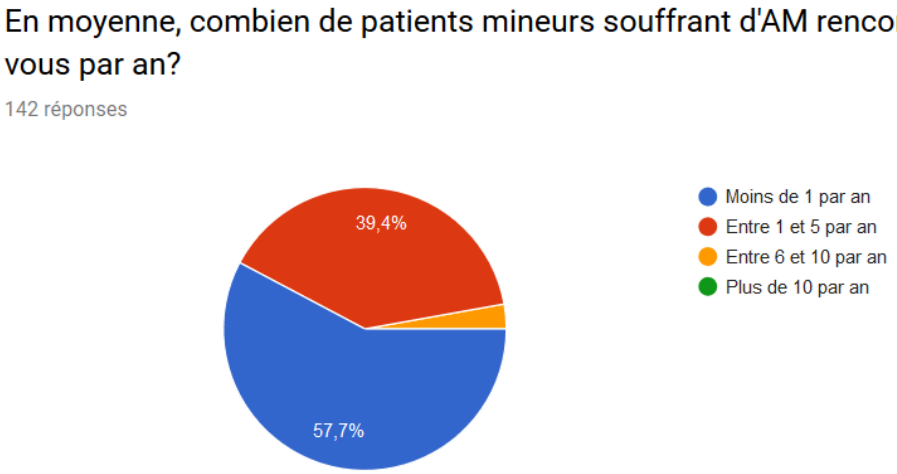
Hors formation initiale, seuls 19,7% (n=28) des répondeurs avaient reçu un enseignement complémentaire spécifique à l'AM. Parmi eux, les modalités de formation étaient très variables :

- FMC (n=9)
- DU de nutrition et hygiène alimentaire (n=3)
- DIU de gastroentérologie pédiatrique (n=3)
- DIU d'endocrinologie pédiatrique (n=1)
- DU d'hypnose médicale (n=1)
- DU Enfance (n=1)

- Formation en psychothérapie systémique (n=1)
- autres, non encadrés : congrès, lectures, échanges professionnels (n=9)

73,9% (n=105) des médecins interrogés souhaiteraient une formation complémentaire à l'approche psychologique des patient(e)s souffrant d'AM, 58,5% (n=83) une formation sur les critères d'hospitalisation, 57,7% (n=82) à l'accompagnement des aidants et 53,5% (n=76) au dépistage.
Seuls 26,8% (n=38) estimaient nécessaire une formation sur le diagnostic positif.
78,9% (n=112) des répondeurs étaient intéressés par la participation à une demi-journée de formation sur l'AM.

3.4.2. Troisième partie : Pratique courante



La proportion de médecins ayant en moyenne moins d'un(e) patient(e) souffrant d'AM dans leur patientèle s'élevaient à 57,7% (n=82) de l'échantillon.

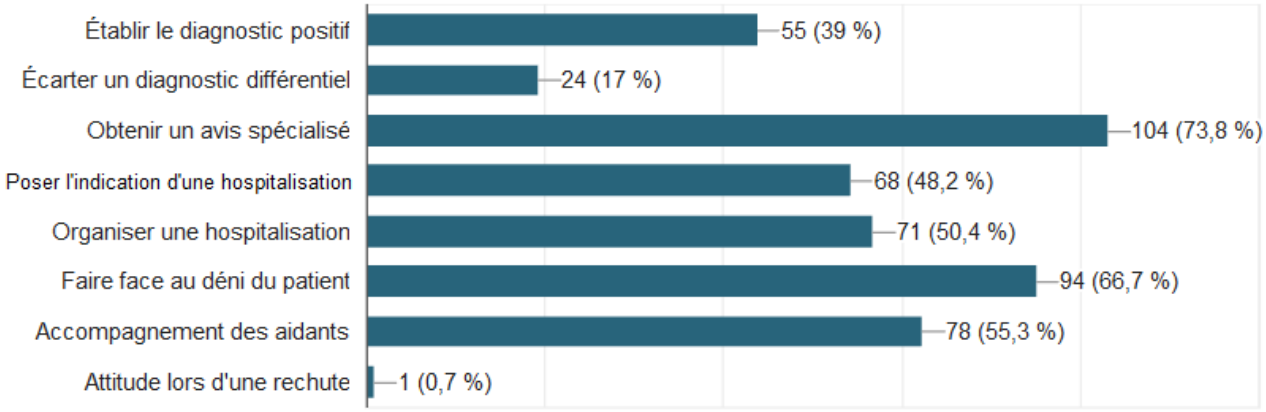
31,7% (n=45) des médecins interrogés avaient le plus souvent porté et annoncé le diagnostic d'AM pour les patient(e)s rencontré(e)s.

96,5% (n=137) n'avaient pas utilisé d'outil de dépistage et 95,7% (n=135) ne se servaient pas d'outil diagnostique.

Le seul outil de dépistage utilisé par 3 médecins de l'échantillon était le SCOFF (61 – 63). Parmi les outils diagnostiques, on retrouvait l'IMC, la courbe de poids et pour un médecin les outils ESTeam® et Zoom® (outils développés par un laboratoire privé spécialisé dans la micronutrition et les probiotiques).

Parmi les situations suivantes concernant la prise en charge de mineurs souffrant d'AM, la ou lesquelles qualifieriez-vous de complexe(s) ou de problématique(s) pour votre activité de tous les jours?

142 réponses

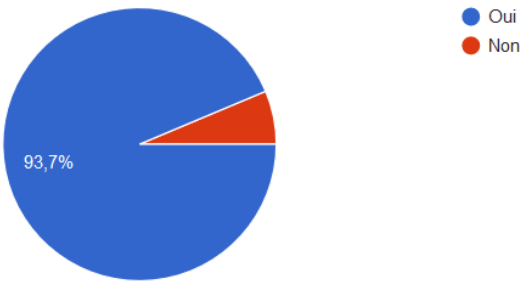


Les problématiques principales rencontrées par les médecins interrogés étaient l'obtention d'un avis spécialisé (73,8% ; n=104), la gestion du déni des patients (66,7% ; n=94) et l'accompagnement des aidants (55,3% ; n=78).

La prise en charge diagnostique positive et différentielle était considérée comme complexe par 39% (n=55) et 17% (n=24) de l'échantillon, respectivement.

Seriez-vous intéressé par un questionnaire bref pour dépister l'AM en population pédiatrique?

142 réponses



93,7% (n=133) de l'échantillon était intéressé par un questionnaire bref de dépistage de l'AM.

3.4.3. Quatrième partie : Évaluation de premier recours, diagnostic positif, diagnostics différentiels et évaluation du retentissement au cours des premières consultations

Diagnostic positif

92,3% (n=131) de l'échantillon recherchaient habituellement une altération de la perception du poids ou de la forme de son corps, 84,5% (n=120) des vomissements provoqués et autres conduites purgatives (laxatifs, diurétiques, lavements), 80,3% (n=114) un manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur, 78,9% (n=112) la restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins. 42,3% (n=60) des médecins interrogés recherchaient un poids inférieur au poids minimal attendu pour l'âge/le sexe.

Diagnostics différentiels

Les trois principaux diagnostics différentiels recherchés étaient : hyperthyroïdie (83,1% ; n=118), syndrome dépressif (80,1% ; n=115) et diabète (71,1% ; n=101).

Évaluation du retentissement, de la gravité

Données cliniques :

81% (n=115) des médecins rapportaient l'utilisation la courbe staturopondérale (IMC) en fonction de l'âge, 74,6% (n=106) les paramètres vitaux, 71,1% (n=101) la recherche d'une hypotension systolique et/ou une hypotension orthostatique.

52,8% (n=75) indiquaient suivre la vitesse de perte de poids, 34,5% (n=49) un trouble de la thermorégulation (hypo ou hyperthermie)

Données paracliniques :

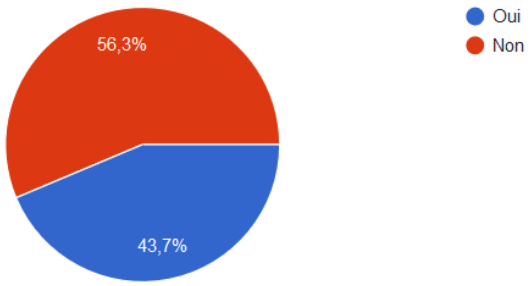
86,6% (n=123) rapportaient prescrire un ionogramme sanguin à la recherche d'une hypokaliémie/hyponatrémie/hypophosphorémie, 57% (n=81) une numération et formule sanguine et plaquettaire à la recherche d'une leuconeutropénie/lymphopénie.

23,9% (n=34) disaient réaliser un ECG.

3.4.4. Cinquième partie : Organisation des soins, adressage spécialisé, articulation/coordination des soins, échanges avec les spécialistes.

Avez-vous déjà coordonné les soins autour d'un mineur souffrant d'AM?

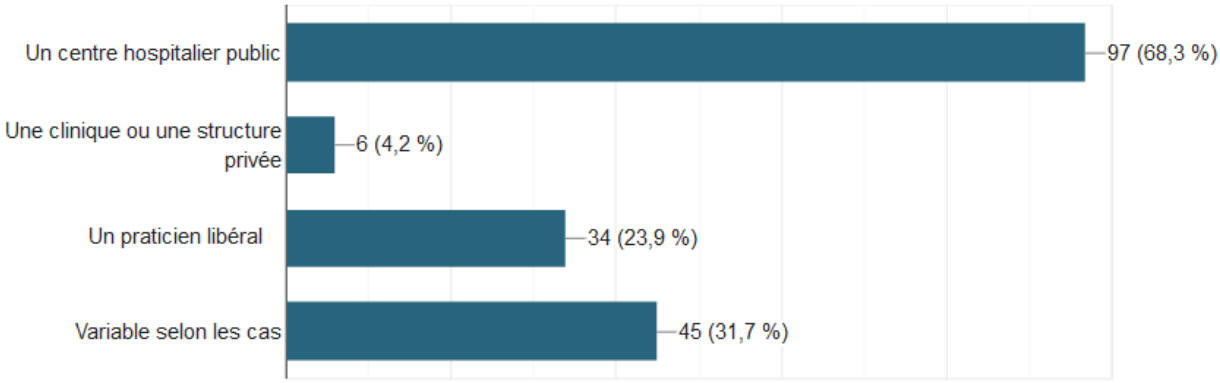
142 réponses



43,7% (n=62) des médecins interrogés déclaraient avoir déjà coordonné les soins autour d'un mineur souffrant d'AM.

Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers?

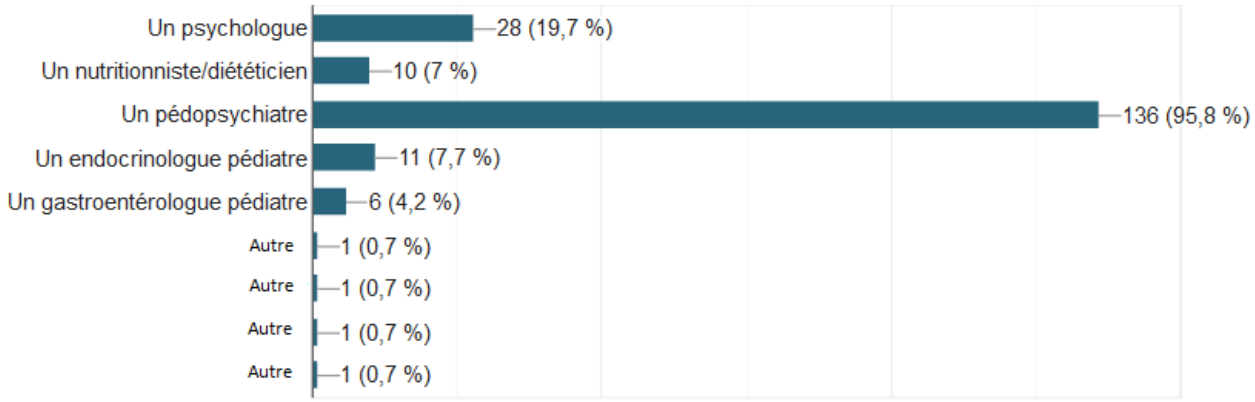
142 réponses



L'orientation préférentielle était un centre hospitalier public, pour 68,3% (n=97) des praticiens interrogés. 31,7 % (n=45) d'entre eux déclaraient adresser de façon variable, selon les cas et 23,9% (n=34) vers un praticien libéral.

Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers?

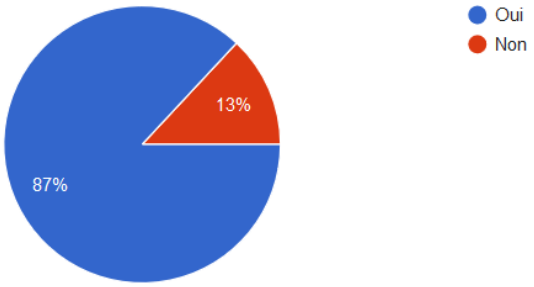
142 réponses



95,8% (n=136) des médecins de l'échantillon déclaraient orienter les patient(e) souffrant d'AM vers un pédopsychiatre, 19,7% (n=28) vers un(e) psychologue et 7,7% (n=11) vers un endocrinologue pédiatre.

Assurez-vous le suivi somatique après adressage pédopsychiatrique?

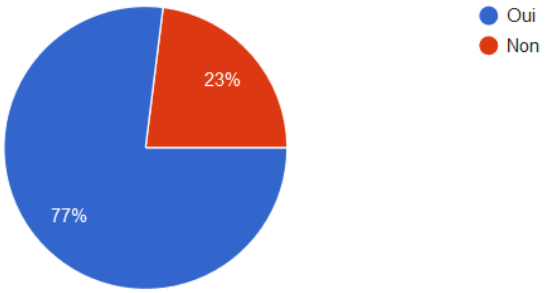
138 réponses



87% (n=120) des médecins interrogés déclaraient assurer le suivi somatique après adressage.

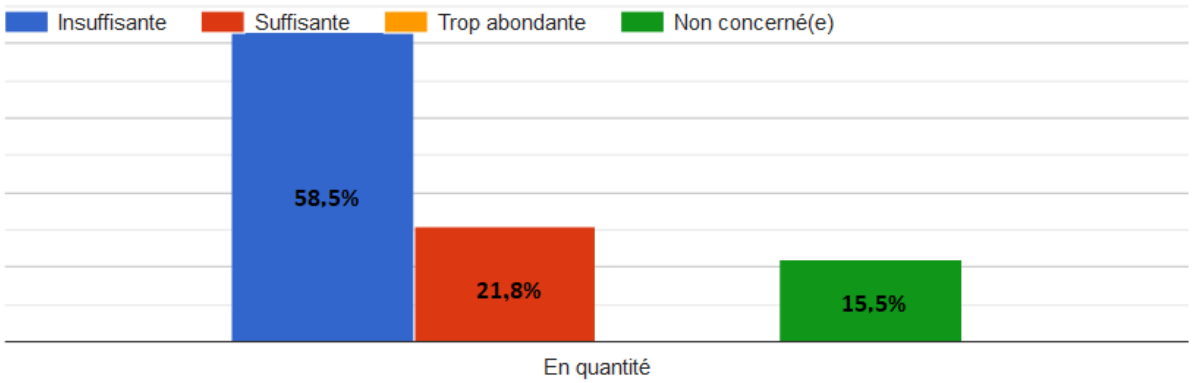
Proposez-vous des consultations avant la consultation spécialisée?

139 réponses

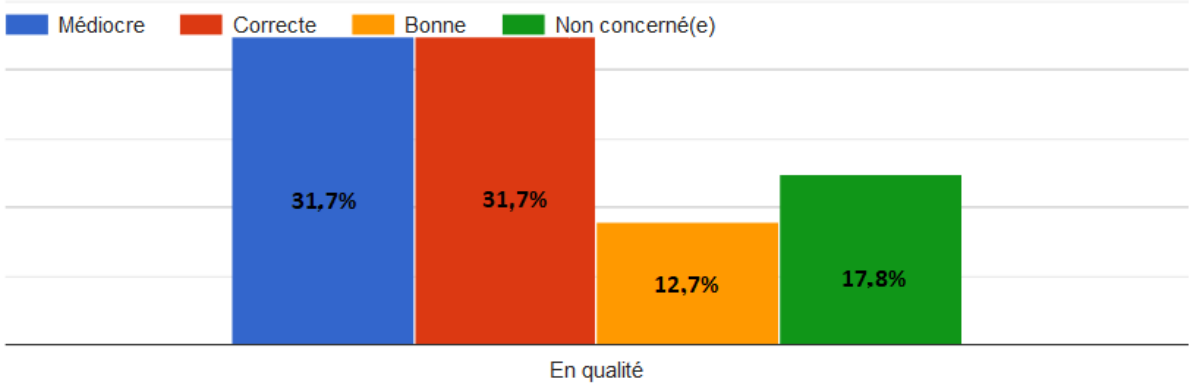


77% (n=107) des répondeurs proposaient des consultations avant que le/la patient(e) soit reçu(e) par l'équipe spécialisée.

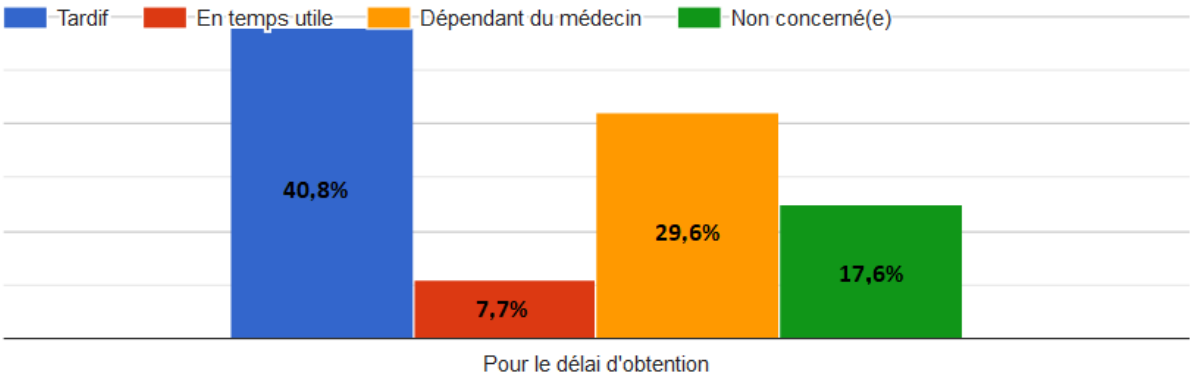
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (1)



Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (2)



Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (3)



Les informations du dossier médical transmises par les pédopsychiatres étaient évaluées insuffisantes par 58,5% (n=83) de l'échantillon, suffisantes par 21,8% (n=31).
La qualité des informations était évaluée comme bonne par 12,7% (n=18) des répondeurs, correcte par 31,7% (n=45) ou médiocre par 31,7% (n=45).
Le délai d'obtention des informations était variable selon le médecin pour 29,6% (n=42) des praticiens interrogés, tardif pour 40,8% (n=58) d'entre eux et seulement 7,7% (n=11) des praticiens interrogés le jugeaient en temps utile.

3.5. Analyse descriptive du sous-groupe AM+1

3.5.1. Caractéristiques socio-démographiques

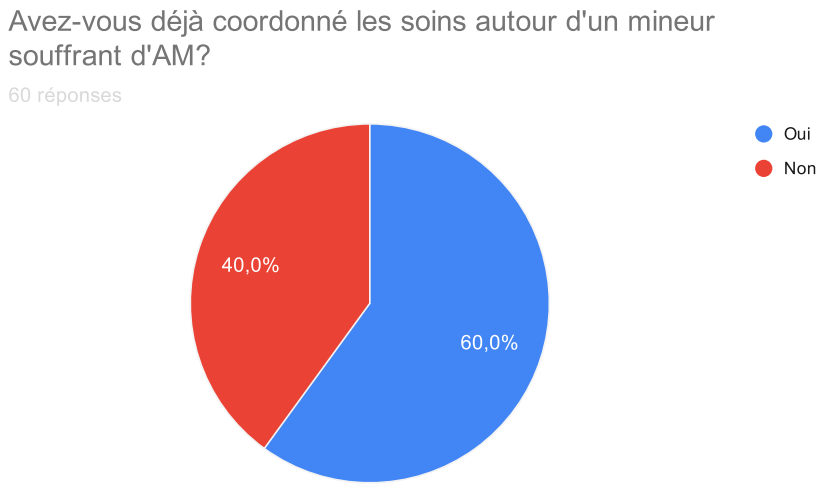
Spécialité		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Médecine Générale	N (%)	52 (86,667)
Pédiatrie	N (%)	8 (13,333)
Quel est votre sexe?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Femme	N (%)	38 (63,333)
Homme	N (%)	22 (36,667)
Votre clientèle est à majorité :		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Les deux de façon équilibrée	N (%)	13 (21,667)
Rurale	N (%)	16 (26,667)
Urbaine	N (%)	31 (51,667)
Quel est votre mode d'exercice?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
En association	N (%)	52 (86,667)
Seul(e)	N (%)	8 (13,333)
Quel est votre âge (4 modalités) ?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Entre 36 et 45 ans	N (%)	15 (25)
Entre 46 et 55 ans	N (%)	12 (20)
Moins de 35 ans	N (%)	22 (36,667)
Plus de 56 ans	N (%)	11 (18,333)

3.5.2. *Troisième partie : Pratique courante*

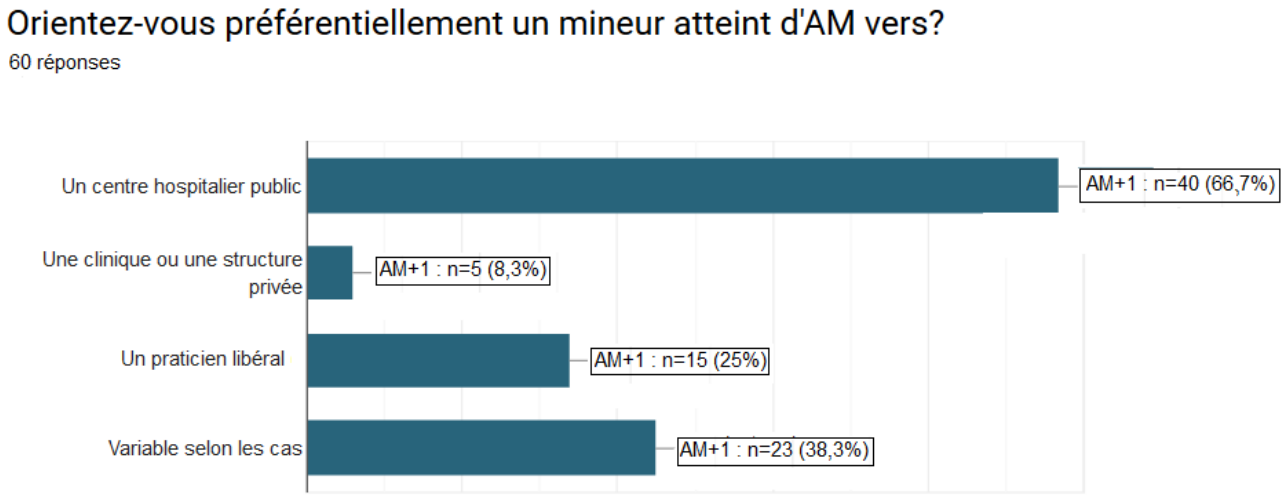
En moyenne, combien de patients mineurs souffrant d'AM rencontrez-vous par an ?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Entre 1 et 5 par an	N (%)	56 (93,333)
Entre 6 et 10 par an	N (%)	4 (6,667)
Avez-vous le plus souvent porté et annoncé le diagnostic d'AM pour les patients rencontrés ?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	38 (63,333)
Oui	N (%)	22 (36,667)

93,3% (n=56) du sous-groupe AM+1 voyaient entre 1 et 5 patient(e)s mineur(e)s souffrant d'AM par an. 36,7% (n=22) portaient, dans la plupart des cas, le diagnostic d'AM.

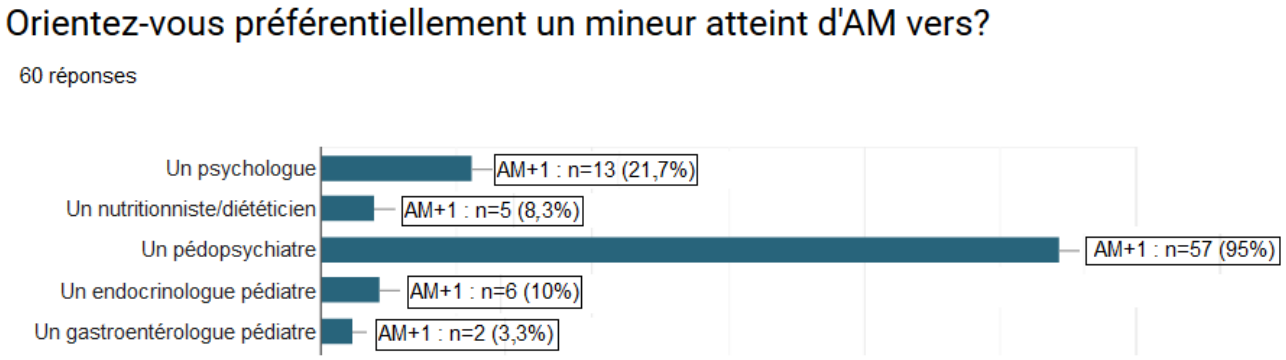
3.5.3. *Cinquième partie : Organisation des soins, adressage spécialisé, articulation/coordination des soins, échanges avec les spécialistes*



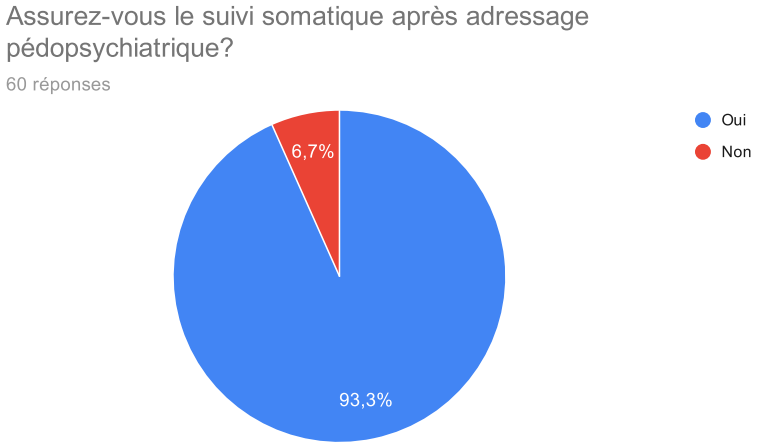
60% (n=36) du sous-groupe AM+1 déclaraient avoir déjà coordonné les soins autour d'un mineur souffrant d'AM.



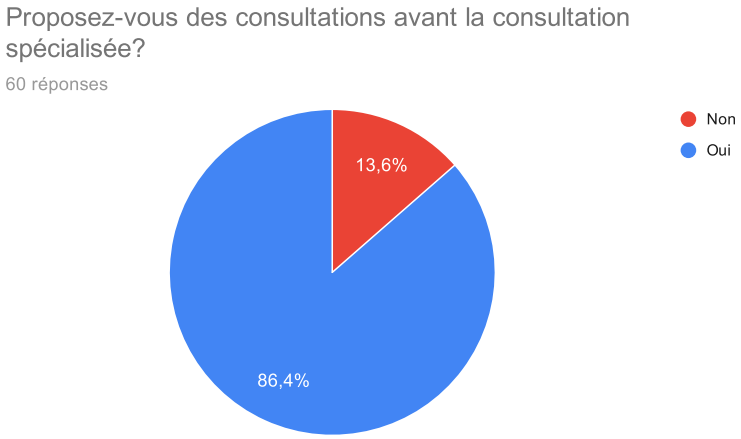
66,7% (n=40) des médecins du sous-groupe AM+1 adressaient préférentiellement à une structure hospitalière publique. 38,3% (n=23) déclaraient réaliser une orientation variable selon les cas. 25% (n=15) de ces médecins orientaient vers un praticien libéral (psychiatre ou psychologue).



Le professionnel majoritairement choisi par les répondeurs du sous-groupe AM+1 était le pédopsychiatre (95% ; n=57), devant le psychologue (21,7% ; n=13) et l'endocrinologue pédiatre (10% ; n=6).

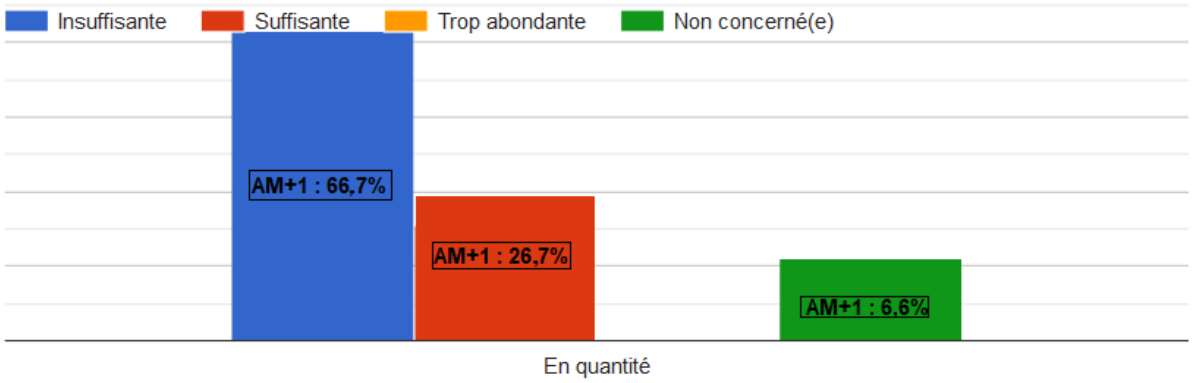


Dans le sous-groupe AM+1, 93,3% (n=56) des praticiens indiquaient maintenir le suivi somatique après la consultation spécialisée.

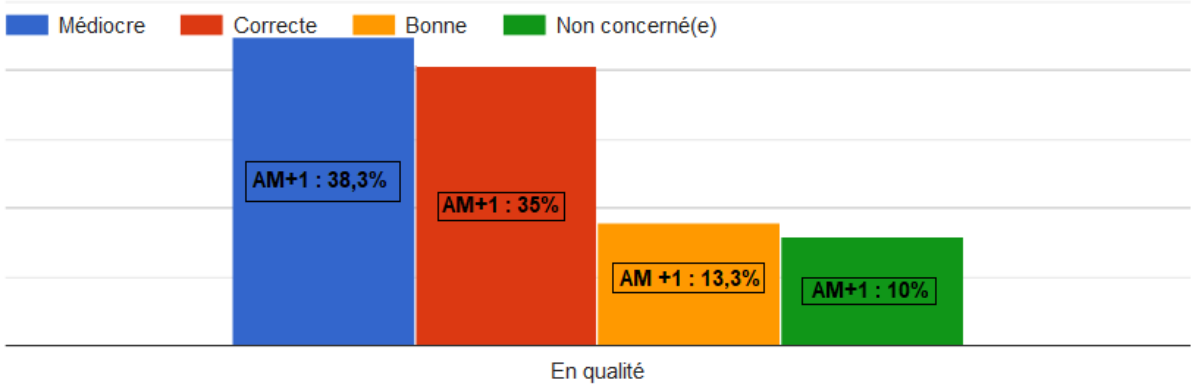


86,4 % (n=51) d'entre eux déclaraient proposer des consultations après adressage et en attendant que le patient soit reçu par l'équipe spécialisée.

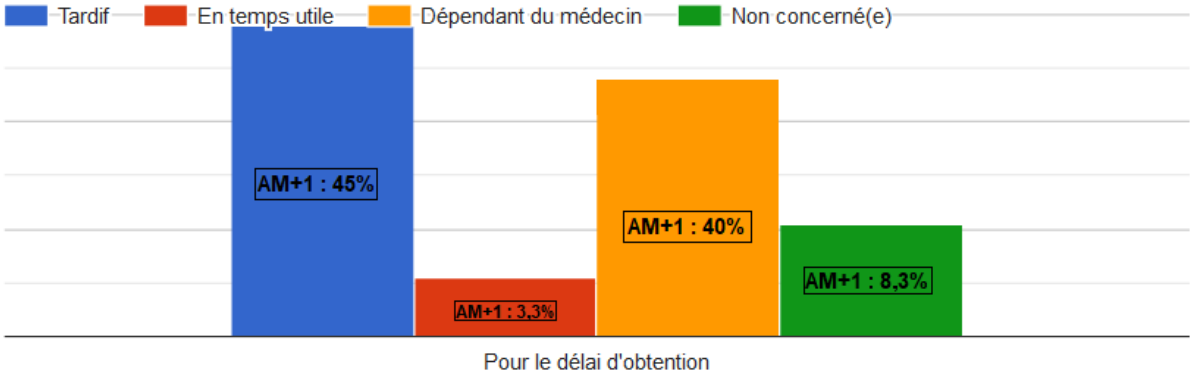
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (1)



Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (2)



Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (3)

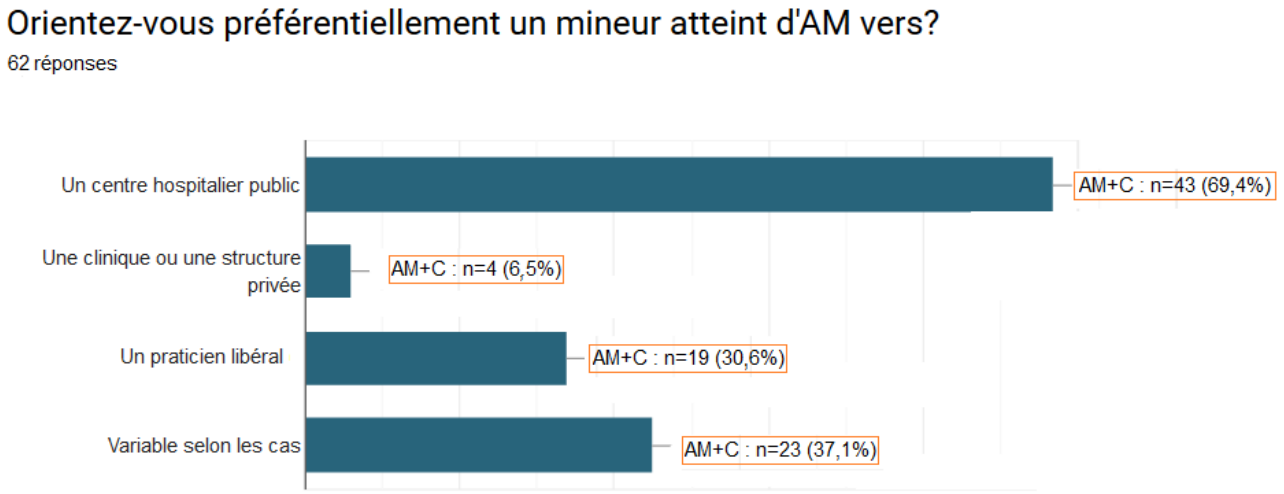


Les informations du dossier médical transmises par les pédopsychiatres étaient évaluées insuffisantes en quantité (66,7% ; n=40), de qualité correcte à médiocre (35% ; n=21 et 38,3% ; n=23 respectivement) et leur délai d'obtention était tardif (45% ; n=27) ou dépendant du médecin (40% ; n=24).

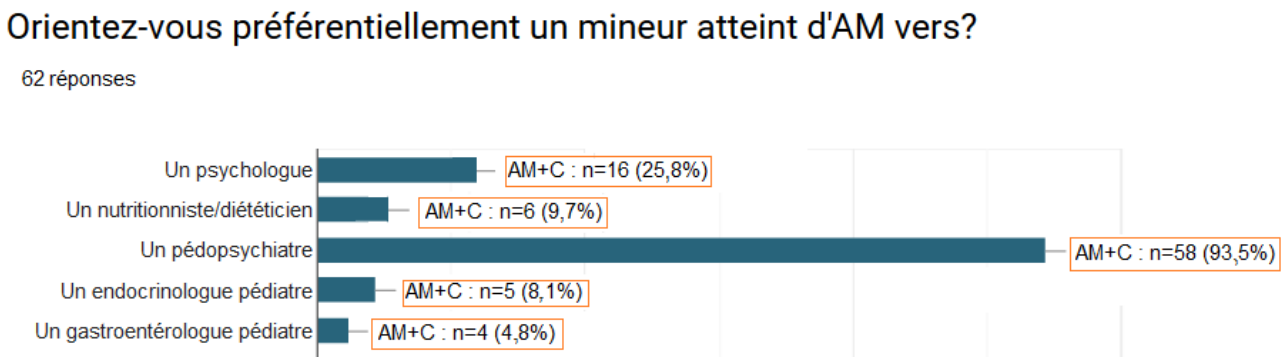
3.6. Analyse descriptive du sous-groupe AM+C

La population du sous-groupe AM+C était de n=62 médecins.

3.6.1. Cinquième partie : Organisation des soins, adressage spécialisé, articulation/coordination des soins, échanges avec les spécialistes

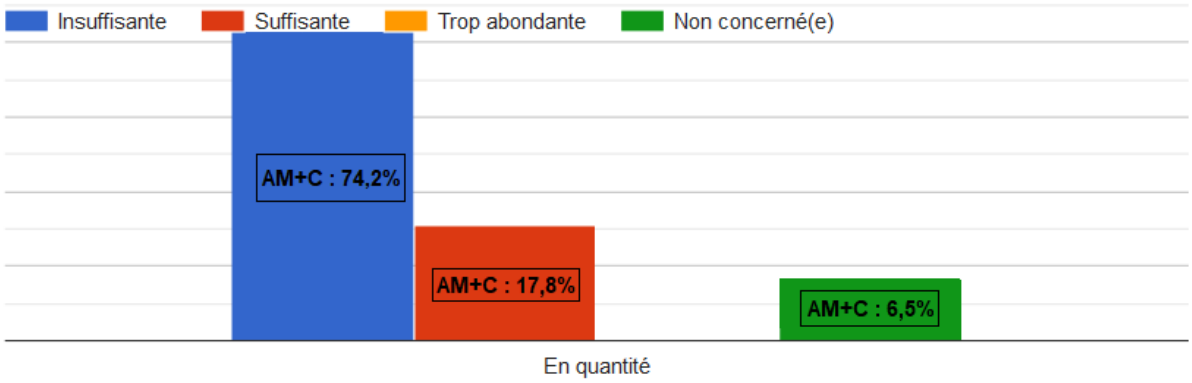


69,4% (n=43) des médecins du sous-groupe AM+C adressaient préférentiellement à un structure hospitalière publique. 37,1% (n=23) déclaraient réaliser une orientation variable selon les cas. 30,6% (n=19) de ces médecins orientaient vers un praticien libéral (psychiatre ou psychologue).

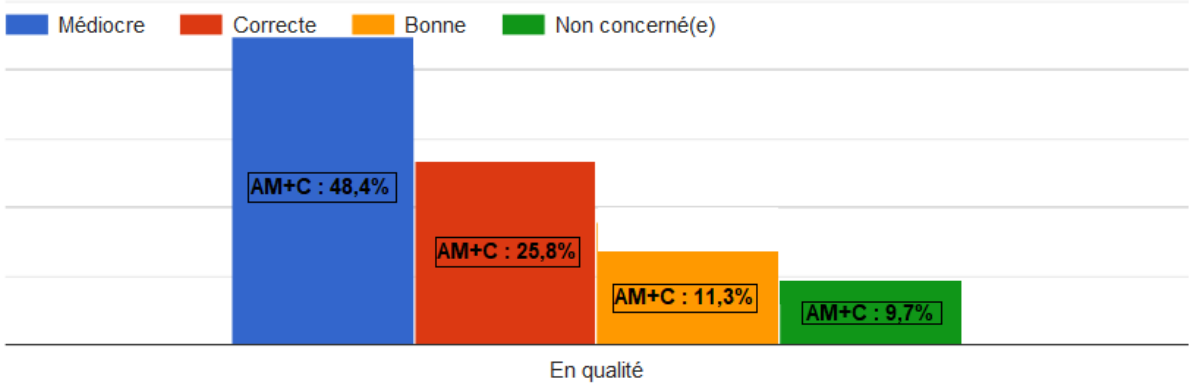


Le professionnel majoritairement choisi par les répondeurs du sous-groupe AM+C était le pédopsychiatre (93,5% ; n=58), devant le psychologue (25,8% ; n=16) et le nutritionniste/diététicien (9,7% ; n=6).

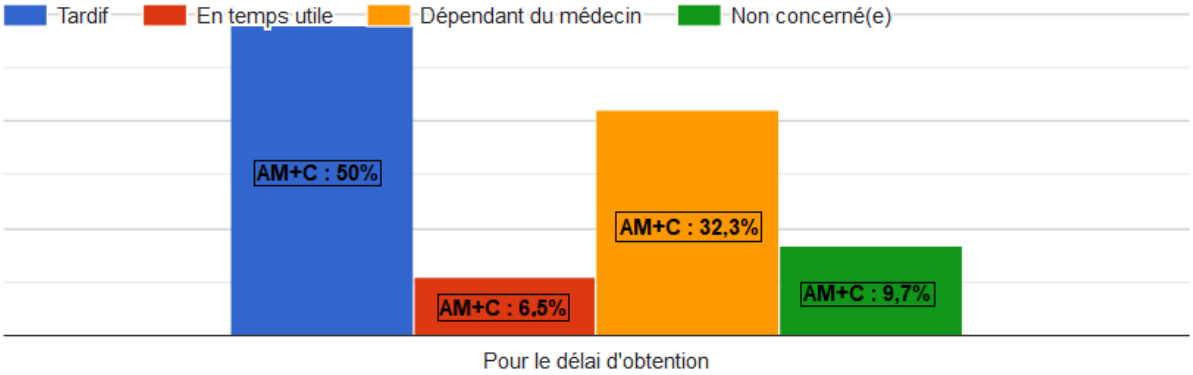
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (1)



Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (2)



Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (3)



Les informations du dossier médical transmises par les pédopsychiatres étaient majoritairement évaluées insuffisantes en quantité (74,2% ; n=46), de qualité correcte à médiocre (25,8% ; n=16 et 48,4% ;

n=30 respectivement) et leur délai d'obtention était tardif (50% ; n=31) ou dépendant du médecin (32,3% ; n=20).

3.7. Analyse comparative des caractéristiques socio-démographiques et de la question 16

Concernant l'échantillon total		Avez-vous le plus souvent porté et annoncé le diagnostic d'AM pour les patients rencontrés ?		
		Non	Oui	p-value
Spécialité				
				0,305 *
Toutes modalités	N	97 (0 ; 0)	45 (0 ; 0)	
Médecine Générale	N (%)	89 (91,753)	38 (84,444)	
Pédiatrie	N (%)	8 (8,247)	7 (15,556)	
Quel est votre sexe ?				
				0,936 †
Toutes modalités	N	97 (0 ; 0)	45 (0 ; 0)	
Femme	N (%)	64 (65,979)	30 (66,667)	
Homme	N (%)	33 (34,021)	15 (33,333)	
Votre clientèle est à majorité :				
				0,216 †
Toutes modalités	N	97 (0 ; 0)	45 (0 ; 0)	
Les deux de façon équilibrée	N (%)	24 (24,742)	6 (13,333)	
Rurale	N (%)	24 (24,742)	10 (22,222)	
Urbaine	N (%)	49 (50,515)	29 (64,444)	
Quel est votre mode d'exercice ?				
				0,102 †
Toutes modalités	N	97 (0 ; 0)	45 (0 ; 0)	
En association	N (%)	84 (86,598)	34 (75,556)	
Seul(e)	N (%)	13 (13,402)	11 (24,444)	
Quel est votre âge (2 modalités) ?				
				<0,001
Toutes modalités	N	97 (0 ; 0)	45 (0 ; 0)	
45 ans et moins	N (%)	75 (77,32)	15 (33,333)	
Plus de 45 ans	N (%)	22 (22,68)	30 (66,667)	

* Test Chi² et correction de Yates
† Test Chi²

Il n'y avait pas de différence significative entre les différentes caractéristiques socio-démographiques en dehors de l'âge, concernant le diagnostic d'AM. Les praticiens de premier recours de plus de 45 ans déclaraient porter significativement plus souvent le diagnostic d'AM que leurs plus jeunes confrères.

Concernant le sous-groupe AM+1		Avez-vous le plus souvent porté et annoncé le diagnostic d'AM pour les patients rencontrés ?		
		Non	Oui	p-value
Spécialité				
				1,000 *
Toutes modalités	N	38 (0 ; 0)	22 (0 ; 0)	
Médecine Générale	N (%)	33 (86,842)	19 (86,364)	
Pédiatrie	N (%)	5 (13,158)	3 (13,636)	
Quel est votre sexe ?				
				0,282 †
Toutes modalités	N	38 (0 ; 0)	22 (0 ; 0)	
Femme	N (%)	26 (68,421)	12 (54,545)	
Homme	N (%)	12 (31,579)	10 (45,455)	
Votre clientèle est à majorité :				
				0,0496 †
Toutes modalités	N	38 (0 ; 0)	22 (0 ; 0)	
Les deux de façon équilibrée	N (%)	12 (31,579)	1 (4,545)	
Rurale	N (%)	9 (23,684)	7 (31,818)	
Urbaine	N (%)	17 (44,737)	14 (63,636)	
Quel est votre mode d'exercice ?				
				0,449 *
Toutes modalités	N	38 (0 ; 0)	22 (0 ; 0)	
En association	N (%)	34 (89,474)	18 (81,818)	
Seul(e)	N (%)	4 (10,526)	4 (18,182)	
Quel est votre âge (2 modalités) ?				
				<0,001 †
Toutes modalités	N	38 (0 ; 0)	22 (0 ; 0)	
45 ans et moins	N (%)	30 (78,947)	7 (31,818)	
Plus de 45 ans	N (%)	8 (21,053)	15 (68,182)	

* Test de Fischer
† Test Chi²

L'âge était le seul paramètre influant significativement sur la question du diagnostic dans le sous-groupe AM+1 également.

4. Discussion

4.1. Résultats principaux

- Le repérage en soins primaires souffre du manque de formation des praticiens de premier recours. Les médecins interrogés attribuent en moyenne la note de 2,4/5 aux enseignements reçus durant leur cursus initial. Près de la moitié d'entre eux déclarent n'avoir jamais eu de cours spécifique à l'AM et environ 80% souhaiteraient participer à une formation complémentaire sur l'AM, portant principalement sur l'approche psychologique et les critères d'hospitalisation.

  Malgré des recommandations HAS facilement disponibles et claires à ce sujet, les difficultés rencontrés par les médecins interrogés pour établir les critères d'hospitalisation doit faire questionner la pénétrance des recommandations françaises chez les praticiens de premier recours.
- L'obtention d'un avis spécialisé, la gestion du déni du patient et l'accompagnement familial sont les situations complexes majoritairement rencontrées par les médecins interrogés.
- S'ils rapportent une bonne maîtrise des critères diagnostiques, y compris les critères psychologiques (dysmorphophobie, peur intense de prendre du poids), plus de 90% d'entre eux souhaiteraient avoir accès à un questionnaire de dépistage validé pour la population pédiatrique.

- Près de 40% des praticiens impliqués dans le suivi de patient(e)s souffrant d'AM (sous-groupe AM+1) portent et annoncent le diagnostic. Aucune différence significative n'a été retrouvée au niveau des caractéristiques socio-démographiques, de leur mode d'installation ou de leur patientèle, excepté l'âge. En effet, les médecins âgés de plus de 45 ans portent et annoncent significativement plus souvent le diagnostic que leurs plus jeunes confrères.

- Les réponses des praticiens de l'échantillon total concernant l'organisation des soins (cinquième partie du questionnaire) ne sont pas représentatives de leur pratique réelle. En effet, environ 60% déclarent n'avoir jamais coordonné les soins autour d'un(e) patient(e) souffrant d'AM. Les réponses fournies par les médecins n'ayant jamais été coordinateurs peuvent être liées à l'expérience globale d'échange avec les psychiatres et non exclusivement dans le cadre de l'AM. L'analyse des résultats de l'échantillon total reflète néanmoins les représentations des médecins et leur attitude hypothétique en tant que médecin adresseur.

- Au sein du sous-groupe AM+1, la structure spécialisée préférentielle est le CH public dans environ 70% des cas, les professionnels sont le pédopsychiatre pour plus de 9 praticiens sur 10 et le psychologue pour 20% des répondeurs. Plus de 90% des répondeurs assureraient un suivi somatique après adressage pédopsychiatrique et environ 85% proposeraient des consultations en attendant l'avis spécialisé.
- L'appréciation des informations transmises par les pédopsychiatres, en qualité, en quantité et concernant les délais d'obtention, est accablante. Plus de 90% des médecins interrogés ne reçoivent pas les informations « en temps utile » (p. ex avant la consultation de suivi somatique post-adressage), plus d'un praticien sur trois juge la qualité « médiocre » et près de 60% déplorent une quantité « insuffisante ».
- En considérant uniquement le sous-groupe AM+C, les résultats sont comparables (+/- 5%) concernant l'orientation et le suivi pré et post adressage et davantage critiques concernant le partage des informations médicales par les pédopsychiatres.

Malgré l'existence de recommandations récentes, claires et accessibles où la coordination des soins et l'approche multidisciplinaire sont mises en avant, la mise en pratique est en réalité complexe.
L'implication de résistances familiales (aménagements autour du symptôme et/ou déni partagé) doit être intégrée aux difficultés rencontrées en soins primaires avant et après adressage.
Devant le nombre parfois élevé des professionnels (psychomotricien(ne), kinésithérapeute, psychologue, orthophoniste, pédopsychiatre, etc.) accompagnant l'enfant ou l'adolescent au sein de l'équipe multidisciplinaire, les familles peuvent parfois perdre de vue l'importance du suivi par le MG/pédiatre.
Lorsqu'à la phase de repérage, le praticien de premier recours a mis en place un lien de confiance fondé sur la reconnaissance et l'accompagnement des symptômes psychologiques de l'enfant/l'adolescent, il peut se trouver en difficulté lors du nécessaire « retour » au suivi somatique après adressage.
Des expériences antérieures d'échanges infructueux ou inexistants avec les psychiatres (p.ex dans le contexte de situations d'urgence) peuvent conduire le MG/pédiatre à des représentations négatives influençant l'adressage voire le repérage.

4.2. Comparaison avec la littérature

L'intérêt des répondeurs pour un questionnaire de repérage bref adapté à la population pédiatrique va dans le sens des conclusions de la thèse de Treille de Grandsaigne (59).
Il n'existe pas à ce jour de publication relative à un outil spécifique à cette tranche d'âge et la pertinence d'un dépistage systématisé des TCA chez l'enfant et l'adolescent n'est pas prouvée (58).
Les sentiments d'isolement et d'impuissance rapportés par plusieurs médecins, rejoignent l'étude de Hunt et al (56) ainsi que l'étude de Cadwallader et al (74).
Aucune étude ne s'est penchée sur le rapport entre âge des médecins et fréquence des diagnostics d'AM.

4.3. Points Forts

Il s'agit de la première étude descriptive interrogeant les pratiques des MG et pédiatres de Gironde ainsi que leurs échanges avec les pédopsychiatres.
La conception du questionnaire et la validation scientifique auprès d'un collège d'experts ont été effectuées plusieurs mois en amont de l'envoi.
La diffusion aux médecins généralistes et pédiatres a été optimisée par l'utilisation de la liste mail du CDOM de Gironde et par les relances, y compris via la liste de diffusion du GPG.
Le traitement des données, l'analyse descriptive (y compris en sous-groupe) ainsi que l'analyse comparative ont été effectués avec le concours de l'USMR du CHU de Bordeaux.
L'étude permet de dégager des axes de réflexion relatifs aux déterminants du parcours de soins de l'AM dans le département de la Gironde :

- amélioration des connaissances initiales (DES) relatives à l'AM, notamment au sujet des symptômes psychologiques
- développement d'un outil de repérage adapté à l'AM de l'enfant et de l'adolescent
- exploration des représentations de l'AM chez les médecins de premier recours et de l'impact sur le repérage des troubles
- amélioration des compétences (FMC) du MG/pédiatre spécifiques à l'accompagnement familial autour du diagnostic et durant la prise en charge multidisciplinaire
- évaluation des conséquences de la présence d'un somaticien (MG/pédiatre) au sein de l'équipe spécialisée hospitalière sur la qualité des échanges avec les praticiens de ville
- exploration du lien entre expériences antérieures négatives de communication avec les psychiatres et repérage/adressage, notamment dans les situations d'urgence

4.4. Limites

4.4.1. Biais

Le premier biais rencontré dans l'élaboration de l'étude est un biais de sélection ou de recrutement. La vague de diffusion ciblée dans le sous-groupe des pédiatres a participé à la sur-représentation de ces derniers dans l'étude. En effet, en Gironde il existe 21,3 MG pour un pédiatre (1552 MG pour 73 pédiatres). Dans l'échantillon de l'étude, le ratio était de 8,4 MG pour un pédiatre.

La réponse au questionnaire était facultative à la réception du mail, aussi, les praticiens répondeurs étaient susceptibles d'être des médecins intéressés par l'AM ou suivant davantage de patients atteints d'AM que la moyenne. Il s'agissait là d'un biais de participation.
En raison de ces deux biais, l'échantillon n'était pas représentatif des MG et pédiatres de Gironde.
Les questions portant sur les connaissances théoriques et l'organisation des soins ont souffert d'un biais de prévarication. Les praticiens cochant les réponses leur paraissant les plus pertinentes, tout en sachant qu'elles différaient de leurs connaissances réelles et/ou de leur pratique courante.

4.4.2. Puissance

Compte tenu de la faible prévalence de l'AM en population pédiatrique, réaliser une enquête quantitative nécessitait une puissance et un nombre de participants trop importants pour ce travail de thèse.
Il est à noter que le format de diffusion par mail permet un taux de réponse médiocre dès le deuxième jour, avec près de la moitié (n=38/89) des réponses obtenues entre le 15/11 et le 16/11/2018.
Ce faible rendement est lié à l'augmentation considérable des travaux de thèse par formulaire en ligne ces dernières années. En moyenne, les médecins interrogés déclarent recevoir plus de 5 questionnaires par jour dans leur boîte mail professionnelle. D'éventuels nouveaux protocoles de recherche devraient intégrer le faible taux de réponse aux questionnaires en ligne et y associer une relance postale et/ou téléphonique.

4.4.3. Questionnaire

Le taux de prévalence de l'AM dans l'échantillon n'a pas pu être calculé en raison de l'absence de question portant sur le nombre total de patients suivis par les médecins interrogés.
Les réponses libres aux questions incluant la catégorie « Autre » n'ont pas pu être incluses dans les analyses statistiques.

Les questions à choix multiples ne sont pas adaptées à une évaluation des connaissances (cf biais de prévarication ci-dessus), alourdissent et rallongent le questionnaire. Elles ne revêtent pas d'intérêt comparatif entre les populations étudiées.
La partie numéro cinq « Organisation des soins » aurait pu être réservée aux médecins ayant répondu « Oui » à la question 27 : « Avez-vous déjà coordonné les soins autour d'un mineur souffrant d'AM ? »

4.4.4. Conception de l'étude

Au cours de l'élaboration de l'étude, il avait été décidé de questionner également les acteurs des soins primaires sur leurs représentations concernant l'anorexie mentale pédiatrique, sous la forme d'entretiens téléphoniques semi-structurés avec enregistrement vocal et retranscription. Une analyse sémantique et statistiques des termes employés pour qualifier l'AM devait être réalisée avec un rendu en nuage de mots.
Pour des raisons d'organisation et de temps disponible, il n'a pas été possible de mettre en place cette deuxième partie. Ce travail pourrait être complété par des recherches ultérieures.

5. Conclusion

L'anorexie mentale est un trouble chronique, grave et fréquent chez les enfants et adolescents.
La mortalité et les comorbidités graves de l'AM sont diminuées par la précocité du repérage et la mise en place d'un suivi spécialisé.
Au regard des problématiques individuelles et environnementales, les soins nécessitent la participation des médecins de premier recours, d'une équipe multidisciplinaire spécialisée et de l'entourage.
Des données épidémiologiques spécifiques à l'enfant et l'adolescent manquent significativement à la littérature actuelle. Les réseaux de soins ambulatoires devraient alimenter la recherche scientifique et constituer une source de données importante et fiable.
La création et/ou le renforcement de ces derniers devrait être encouragée et s'inspirer des dispositifs déjà existants, qui accompagnent notamment les enfants et adolescents souffrant de maladies chroniques (diabète, obésité infantile p.ex).
Malgré un taux de réponse et une puissance faibles, notre étude met en évidence les difficultés rencontrées par les praticiens de premier recours : sentiment d'isolement, complexité du trouble en lien avec les spécificités des formes de l'enfant et l'adolescent. Elles contrastent avec des pratiques déclarées conformes aux recommandations les plus récentes.
Dans une logique de travail en réseau, les pédopsychiatres devraient améliorer significativement la qualité et la quantité des informations transmises aux MG et pédiatres, afin d'encourager un adressage rapide et le maintien du lien au cours du suivi.
Des actions de formation auprès de nos confrères de premier recours devraient être proposées, au moyen d'enseignements complémentaires de courte durée (p. ex demi-journée).
Une évaluation de la pénétrance des recommandations HAS chez les MG et pédiatres pourrait être réalisée.
Il faudrait également encourager les travaux de recherche permettant l'amélioration du repérage notamment par le développement d'outils spécifiques à l'enfant et l'adolescent.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé (HAS). Anorexie mentale : prise en charge [Internet]. Recommandations de bonne pratique. 2010 [cité 12 sept 2019]. p. 13. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge

2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders: recognition and treatment [Internet]. 2017 [cité 12 sept 2019]. p. 41. Disponible sur: https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813

3. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition). [Internet]. 2013 [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm

4. Lask B, Bryant-Waugh R. Early-Onset Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders. J Child Psychol Psychiatry [Internet]. janv 1992;33(1):281-300. Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1469-7610.1992.tb00864.x

5. Lask B, Waugh R, Gordon I. Childhood-onset Anorexia Nervosa Is a Serious Illness. Ann N Y Acad Sci [Internet]. mai 1997;817(1 Adolescent Nu):120-6. Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1749-6632.1997.tb48201.x

6. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am [Internet]. avr 2002;11(2):163-83. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1056499301000025

7. Safrano-Adenet B. Anorexie mentale prépubère et familles : approches génétique et environnementale. Une étude observationnelle auprès d'une cohorte de 17 patientes et de leurs parents. Thèse de doctorat : Sciences Biologiques et Médicales : Option Psychiatrie ; Thèse n°3027. Bordeaux; 2014.

8. Herle M, Stavola B De, Hübel C, Abdulkadir M, Ferreira DS, Loos RJF, et al. A longitudinal study of eating behaviours in childhood and later eating disorder behaviours and diagnoses. Br J Psychiatry [Internet]. août 2019;Aug(5):1-7. Disponible sur: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125019001740/type/journal_article

9. Roux H, Chapelon E, Godart N. Épidémiologie De L'Anorexie Mentale : Revue De La Littérature. Encephale [Internet]. 2013;39(2):85-93. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700612000954?via%3Dihub

10. Demmler JC, Brophy ST, Marchant A, John A, Tan JOA. Shining the light on eating disorders, incidence, prognosis and profiling of patients in primary and secondary care: national data linkage study. Br J Psychiatry [Internet]. 1 juill 2019;1-8. Disponible sur: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125019001533/type/journal_article

11. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry [Internet]. févr 2007;61(3):348-58. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322306004744

12. Smink FRE, van Hoeken D, Donker GA, Susser ES, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa. Psychol Med [Internet]. 16 avr 2016;46(6):1189-96. Disponible sur: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S003329171500272X/type/journal_article

13. Godart NT, Legleye S, Huas C, Coté SM, Choquet M, Falissard B, et al. Epidemiology of anorexia nervosa in a French community-based sample of 39,542 adolescents. Open J Epidemiol [Internet]. 2013;03(02):53-61. Disponible sur: http://www.scirp.org/journal/doi.aspx?DOI=10.4236/ojepi.2013.32009

14. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. Am J Clin Nutr [Internet]. 1 mai 2019;109(5):1402-13. Disponible sur: https://academic.oup.com/ajcn/article/109/5/1402/5480601

15. Preti A, Girolamo G de, Vilagut G, Alonso J, Graaf R de, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. J Psychiatr Res [Internet]. sept 2009;43(14):1125-32. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395609000831

16. Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. BMJ Open [Internet]. 2013;3(5):e002646. Disponible sur: http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2013-002646

17. Pinhas L. Incidence and Age-Specific Presentation of Restrictive Eating Disorders in Children. Arch Pediatr Adolesc Med [Internet]. 1 oct 2011;165(10):895-9. Disponible sur: http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpediatrics.2011.145

18. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. Am J Psychiatry [Internet]. août 2007;164(8):1259-65. Disponible sur: http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2007.06081388

19. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. Curr Psychiatry Rep [Internet]. 27 août 2012;14(4):406-14. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/s11920-012-0282-y

20. Huas C, Caille A, Godart N, Foulon C, Pham-Scottez A, Divac S, et al. Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients. Acta Psychiatr Scand [Internet]. janv 2011;123(1):62-70. Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0447.2010.01627.x

21. Hoang U, Goldacre M, James A. Mortality following hospital discharge with a diagnosis of eating disorder: National record linkage study, England, 2001-2009. Int J Eat Disord [Internet]. juill 2014;47(5):507-15. Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.22249

22. Thiebaut S, Godart N, Radon L, Courtet P, Guillaume S. Crossed prevalence results between subtypes of eating disorder and bipolar disorder: A systematic review of the literature. Encephale [Internet]. févr 2019;45(1):60-73. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700618300873

23. Valentin M, Radon L, Duclos J, Curt F, Godart N. Troubles bipolaires et anorexie mentale : une étude clinique. Encephale [Internet]. févr 2019;45(1):27-33. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700617302233

24. Duncan L, Yilmaz Z, Gaspar H, Walters R, Goldstein J, Anttila V, et al. Significant Locus and Metabolic Genetic Correlations Revealed in Genome-Wide Association Study of Anorexia Nervosa. Am J Psychiatry [Internet]. sept 2017;174(9):850-8. Disponible sur: http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2017.16121402

25. Bulik CM, Blake L, Austin J. Genetics of Eating Disorders. Psychiatr Clin North Am [Internet]. mars 2019;42(1):59-73. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0193953X18311547

26. Hübel C, Marzi SJ, Breen G, Bulik CM. Epigenetics in eating disorders: a systematic review. Mol Psychiatry [Internet]. 23 juin 2019;24(6):901-15. Disponible sur: http://www.nature.com/articles/s41380-018-0254-7

27. Gorwood P, Blanchet-Collet C, Chartrel N, Duclos J, Dechelotte P, Hanachi M, et al. New Insights in Anorexia Nervosa. Front Neurosci [Internet]. 29 juin 2016;10(June):1-21. Disponible sur: http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fnins.2016.00256/abstract

28. Breithaupt L, Köhler-Forsberg O, Larsen JT, Benros ME, Thornton LM, Bulik CM, et al. Association of Exposure to Infections in Childhood With Risk of Eating Disorders in Adolescent Girls. JAMA Psychiatry [Internet]. 1 août 2019;76(8):800. Disponible sur: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2731310

29. Watson HJ, Diemer EW, Zerwas S, Gustavson K, Knudsen GP, Torgersen L, et al. Prenatal and perinatal risk factors for eating disorders in women: A population cohort study. Int J Eat Disord [Internet]. 20 mars 2019;(June 2018):eat.23073. Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.23073

30. Wiklund CA, Kuja-Halkola R, Thornton LM, Bälter K, Welch E, Bulik CM. Childhood body mass index and development of eating disorder traits across adolescence. Eur Eat Disord Rev [Internet]. sept 2018;26(5):462-71. Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/erv.2612

31. Schaumberg K, Zerwas S, Goodman E, Yilmaz Z, Bulik CM, Micali N. Anxiety disorder symptoms at age 10 predict eating disorder symptoms and diagnoses in adolescence. J Child Psychol Psychiatry [Internet]. 24 juin 2019;60(6):686-96. Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpp.12984

32. Cook-Darzens S. Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent. Érès. 2014.

33. Attia E, Roberto CA. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? Walsh BT, éditeur. Int J Eat Disord [Internet]. nov 2009;42(7):581-9. Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/eat.20720

34. van Noort BM, Lohmar SK, Pfeiffer E, Lehmkuhl U, Winter SM, Kappel V. Clinical characteristics of early onset anorexia nervosa. Eur Eat Disord Rev [Internet]. sept 2018;26(5):519-25. Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/erv.2614

35. Mehler PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa [Internet]. Agras WS, Robinson A, éditeurs. Vol. 1, The Oxford Handbook of Eating Disorders. Oxford University Press; 2017. 222-228 p. Disponible sur: http://oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780190620998.001.0001/oxfordhb-9780190620998-e-29

36. Madden S, Morris A, Zurynski YA, Kohn M, Elliot EJ. Burden of eating disorders in 5-13-year-old children in Australia. Med J Aust [Internet]. 20 avr 2009;190(8):410-4. Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19374611

37. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. The Lancet Psychiatry [Internet]. 2015;2(12):1099-111. Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9

38. Zipfel S, Wild B, Groß G, Friederich H-C, Teufel M, Schellberg D, et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. Lancet [Internet]. janv 2014;383(9912):127-37. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613617468

39. Lock J. An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. J Clin Child Adolesc Psychol [Internet]. 3 sept 2015;44(5):707-21. Disponible sur: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15374416.2014.971458

40. Brauhardt A, de Zwaan M, Hilbert A. The therapeutic process in psychological treatments for eating disorders: A systematic review. Int J Eat Disord [Internet]. sept 2014;47(6):565-84. Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/eat.22287

41. Chen JE, Glover GH. Functional Magnetic Resonance Imaging Methods. Neuropsychol Rev [Internet]. 7 sept 2015;25(3):289-313. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/s11065-015-9294-9

42. Godart N, Berthoz S, Curt F, Perdereau F, Rein Z, Wallier J, et al. A Randomized Controlled Trial of Adjunctive Family Therapy and Treatment as Usual Following Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa Adolescents. Scott JG, éditeur. PLoS One [Internet]. 4 janv 2012;7(1):e28249. Disponible sur: http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0028249

43. Carrot B, Duclos J, Barry C, Radon L, Maria A, Kaganski I, et al. Multicenter randomized controlled trial on the comparison of multi-family therapy (MFT) and systemic single-family therapy (SFT) in young patients with anorexia nervosa: study protocol of the THERAFAMBEST study. Trials [Internet]. 30 déc 2019;20(1):249. Disponible sur: https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-019-3347-y

44. Dalle Grave R, Calugi S, Doll HA, Fairburn CG. Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy? Behav Res Ther [Internet]. 2013;51(1):R9-12. Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.008

45. Wood L, Al-Khairulla H, Lask B. Group cognitive remediation therapy for adolescents with anorexia nervosa. Clin Child Psychol Psychiatry [Internet]. 13 avr 2011;16(2):225-31. Disponible sur: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359104511404750

46. Blanchet C, Guillaume S, Bat-Pitault F, Carles M, Clarke J, Dodin V, et al. Medication in AN: A Multidisciplinary Overview of Meta-Analyses and Systematic Reviews. J Clin Med [Internet]. 25 févr 2019;8(2):278. Disponible sur: http://www.mdpi.com/2077-0383/8/2/278

47. Treasure J, M Claudino A, Zucker N. Psychiatry by Ten Teachers, Second Edition [Internet]. Psychiatry by Ten Teachers, Second Edition. CRC Press; 2017. 129-141 p. Disponible sur: https://www.taylorfrancis.com/books/9781315380612

48. Himmerich H, Treasure J. Psychopharmacological advances in eating disorders. Expert Rev Clin Pharmacol [Internet]. 2 janv 2018;11(1):95-108. Disponible sur: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17512433.2018.1383895

49. Andries A, Frystyk J, Flyvbjerg A, Støving RK. Dronabinol in severe, enduring anorexia nervosa: A randomized controlled trial. Int J Eat Disord [Internet]. janv 2014;47(1):18-23. Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/eat.22173

50. Levinson CA, Rodebaugh TL, Fewell L, Kass AE, Riley EN, Stark L, et al. D-Cycloserine Facilitation of Exposure Therapy Improves Weight Regain in Patients With Anorexia Nervosa. J Clin Psychiatry [Internet]. 24 juin 2015;76(06):e787-93. Disponible sur: http://www.psychiatrist.com/jcp/article/pages/2015/v76n06/v76n0618.aspx

51. Organisation Mondiale de La Santé. Les Soins de Santé Primaires. Alma-Ata (Almaty): Journal de Genève; 1978.

52. American Institute of Medicine. Primary Care : America's Health in a New Era [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 1996. 439-448 p. Disponible sur: http://www.nap.edu/catalog/5152

53. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Questions d'économie de la santé. avr 2009;(141):1-6.

54. Van Son GE, Van Hoeken D, Van Furth EF, Donker GA, Hoek HW. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. Int J Eat Disord [Internet]. mars 2009;43(2):NA-NA. Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/eat.20676

55. Yeo M, Huhes E. Eating disorders : Early identification in general practice. AUSTRALIAN FAMILY PHYSICIAN. 2011;40(3):108-11.

56. Hunt D, Churchill R. Diagnosing and managing anorexia nervosa in UK primary care: a focus group study. Fam Pract [Internet]. 1 août 2013;30(4):459-65. Disponible sur: https://academic.oup.com/fampra/article-lookup/doi/10.1093/fampra/cmt013

57. 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 [Internet]. nov 2005;38(3):269-72. Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/eat.20163

58. Cadwallader JS, Godart N, Chastang J, Falissard B, Huas C. Detecting eating disorder patients in a general practice setting: a systematic review of heterogeneous data on clinical outcomes and care trajectories. Eat Weight Disord - Stud Anorexia, Bulim Obes [Internet]. 4 sept 2016;21(3):365-81. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/s40519-016-0273-9

59. Treille De Grandsaigne A. Quel instrument pour repérer les Troubles de Conduites Alimentaires en soins primaires : Analyse d'une Revue Systématique de la Littérature. Thèse de doctorat : Sciences Biologiques et Médicales : Option Médecine Générale. Tours; 2016.

60. Colton PA, Olmsted MP, Rodin GM. Eating disturbances in a school population of preteen girls: Assessment and screening. Int J Eat Disord [Internet]. juill 2007;40(5):435-40. Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/eat.20386

61. Mond J, Myers TC, Crosby RD, Hay PJ, Rodgers B, Morgan JF, et al. Screening for eating disorders in primary care: EDE-Q versus SCOFF. Behav Res Ther [Internet]. mai 2008;46(5):612-22. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005796708000351

62. Garcia FD, Grigioni S, Allais E, Houy-Durand E, Thibaut F, Déchelotte P. Detection of eating disorders in patients: Validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. Clin Nutr [Internet]. avr 2011;30(2):178-81. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261561410001809

63. Hill LS, Reid F, Morgan JF, Lacey JH. SCOFF, the Development of an Eating Disorder Screening Questionnaire. Int J Eat Disord [Internet]. 2009;43(4):NA-NA. Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/eat.20679

64. Solmi F, Hatch SL, Hotopf M, Treasure J, Micali N. Validation of the SCOFF Questionnaire for Eating Disorders in a Multiethnic General Population Sample. Int J Eat Disord [Internet]. avr 2015;48(3):312-6. Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/eat.22373

65. Cotton M-A, Ball C, Robinson P. Four simple questions can help screen for eating disorders. J Gen Intern Med [Internet]. janv 2003;18(1):53-6. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1046/j.1525-1497.2003.20374.x

66. Mond J, Hall A, Bentley C, Harrison C, Gratwick-Sarll K, Lewis V. Eating-disordered behavior in adolescent boys: Eating disorder examination questionnaire norms. Int J Eat Disord [Internet]. mai 2014;47(4):335-41. Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/eat.22237

67. House J, Schmidt U, Craig M, Landau S, Simic M, Nicholls D, et al. Comparison of Specialist and Nonspecialist Care Pathways for Adolescents with Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders. Int J Eat Disord [Internet]. déc 2012;45(8):949-56. Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/eat.22065

68. Royal College of Psychiatrists. Junior MARSIPAN : Management of Really Sick Patients under 18 with Anorexia Nervosa [Internet]. Report from the Junior MARSIPAN group. 2012 [cité 12 sept 2019]. p. 75. Disponible sur: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr168.pdf?sfvrsn=e38d0c3b_2

69. Delaunay A, Gérardin P, Godart N. Prise en charge en hôpital de jour des adolescents présentant un trouble des conduites alimentaires : revue de la littérature internationale et état des lieux en France. Neuropsychiatr Enfance Adolesc [Internet]. 2019;67(4):203-12. Disponible sur: https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2019.03.003

70. Godart N. Dispositifs Soins Etudes [Internet]. FSEF. 2019 [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: http://www.fsef.net/index.php/types-de-prise-en-charge/hospitalisations-en-psychiatrie/les-services-soins-etudes

71. RéPPOP [Internet]. Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie. 2019 [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: http://www.cnreppop.com/

72. FFAB [Internet]. Fédération Française Anorexie Boulimie. 2019 [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: https://www.ffab.fr/trouver-de-l-aide/pres-de-chez-moi-carte

73. ESEA. Paaco-Globule [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.esea-na.fr/programmes/paaco-globule-loutil-e-parcours-de-la-nouvelle-aquitaine

74. Cadwallader J. TCA-MG : Prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires par les médecins généralistes français. Thèse de doctorat : Sciences Biologiques et Médicales : Option Epidémiologie ; Thèse n°570. 2018.

Annexes

1. Figure 1

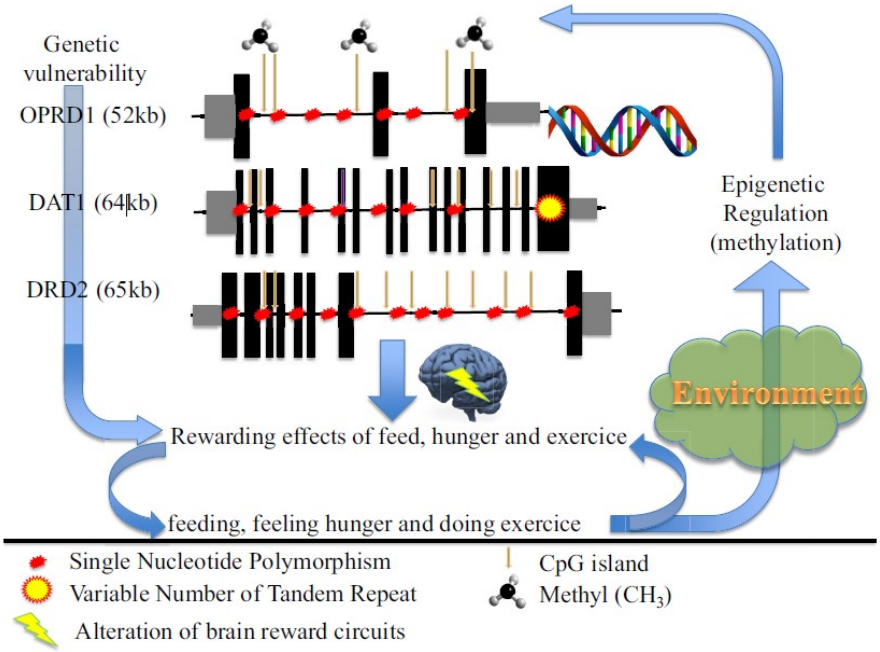


FIGURE 1 | How genetic and epigenetic factors could influence the risk and/or the maintenance of anorexic behaviors (driving for further thinness while underweight).

(27) Gorwood P, Blanchet-collet C, Chartrel N, Duclos J. New Insights in Anorexia Nervosa. 2016;10(June):1–21.

2. Figure 3

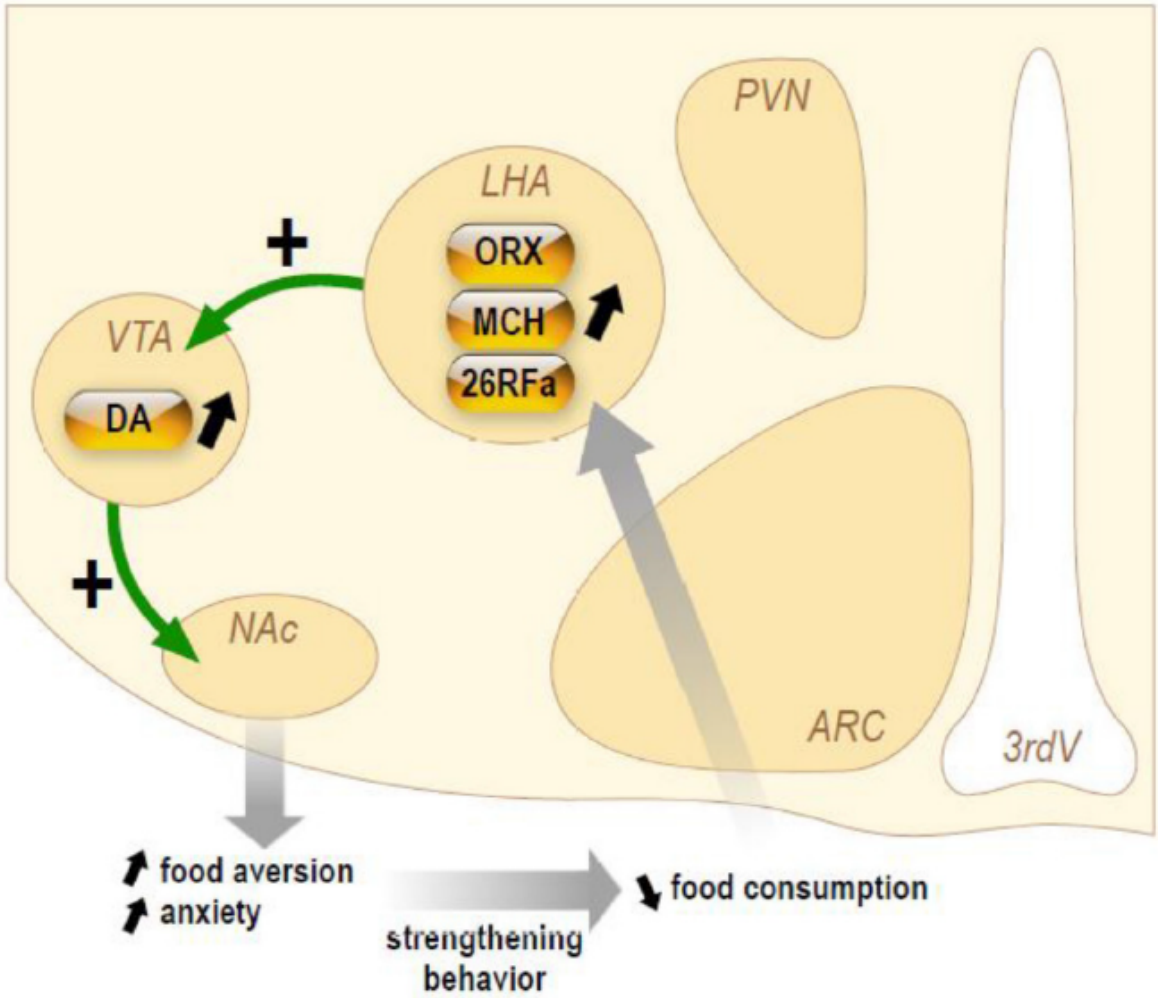


FIGURE 3 | Schematic representation of the hypothetical chronic stimulation of orexigenic neuropeptides on the reward circuitry in anorexia nervosa. Briefly, decrease of food ingestion induces a stimulation of the neuronal activity of the lateral hypothalamic area (LHA) that will release the orexigenic neuropeptides orexins (ORX), melanin-concentrating hormone (MCH), and 26RFain the ventral tegmental area (VTA). This results in an increase of dopamine (DA) release in the accumbens nucleus (NAc). In anorectic patients, this stimulation of the reward system results in food aversion associated with enhanced anxiety that will, in turn, reinforce the decrease in food intake.

(27) Gorwood P, Blanchet-collet C, Chartrel N, Duclos J. New Insights in Anorexia Nervosa. 2016;10(June):1–21.

3. Figure 5

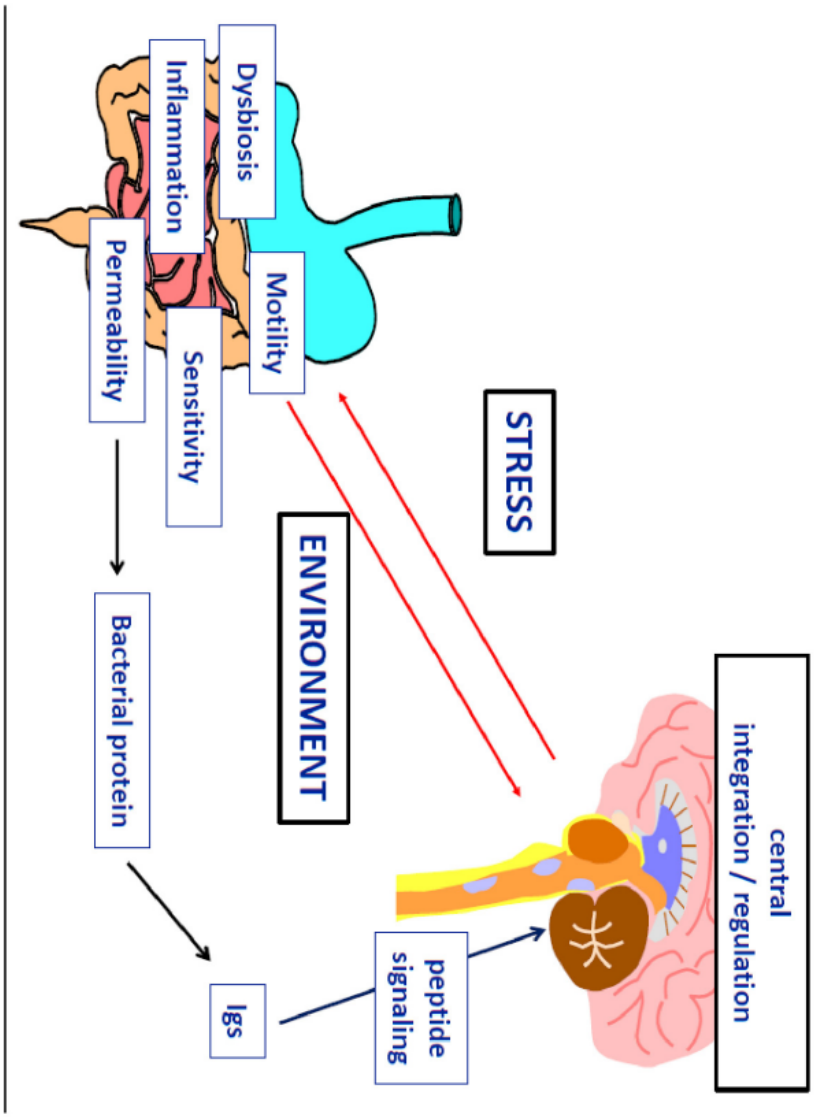


FIGURE 5 | Implication of microbial protein and specific Immunoglobulins in the dysfunction of neuropeptide signaling during anorexia nervosa.

(27) Gorwood P, Blanchet-collet C, Chartrel N, Duclos J. New Insights in Anorexia Nervosa. 2016;10(June):1–21.

4. Figure 6

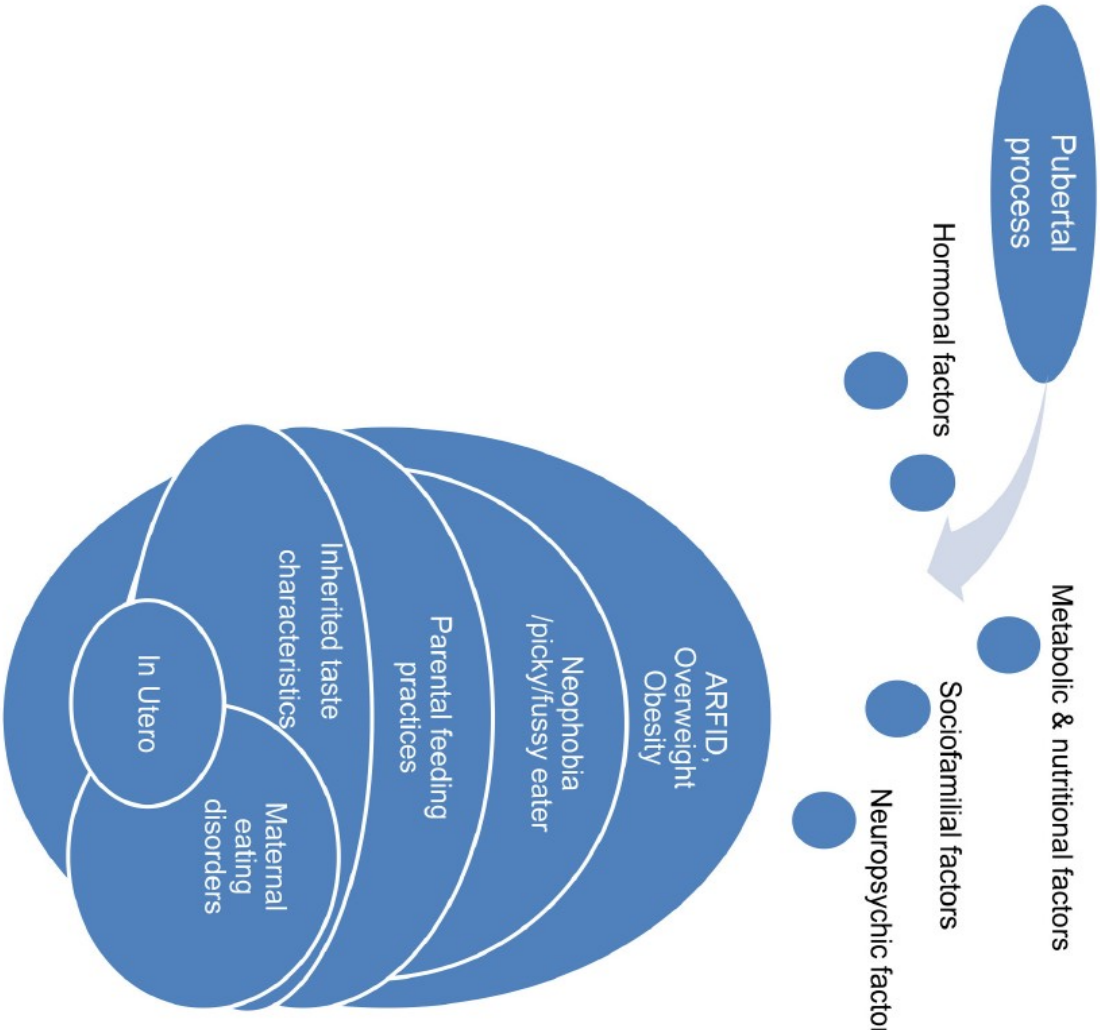


FIGURE 6 | Pubertal process and pondero-nutritional-eating basements: the mismatching team.

(27) Gorwood P, Blanchet-collet C, Chartrel N, Duclos J. New Insights in Anorexia Nervosa. 2016;10(June):1–21.

5. Figure 7

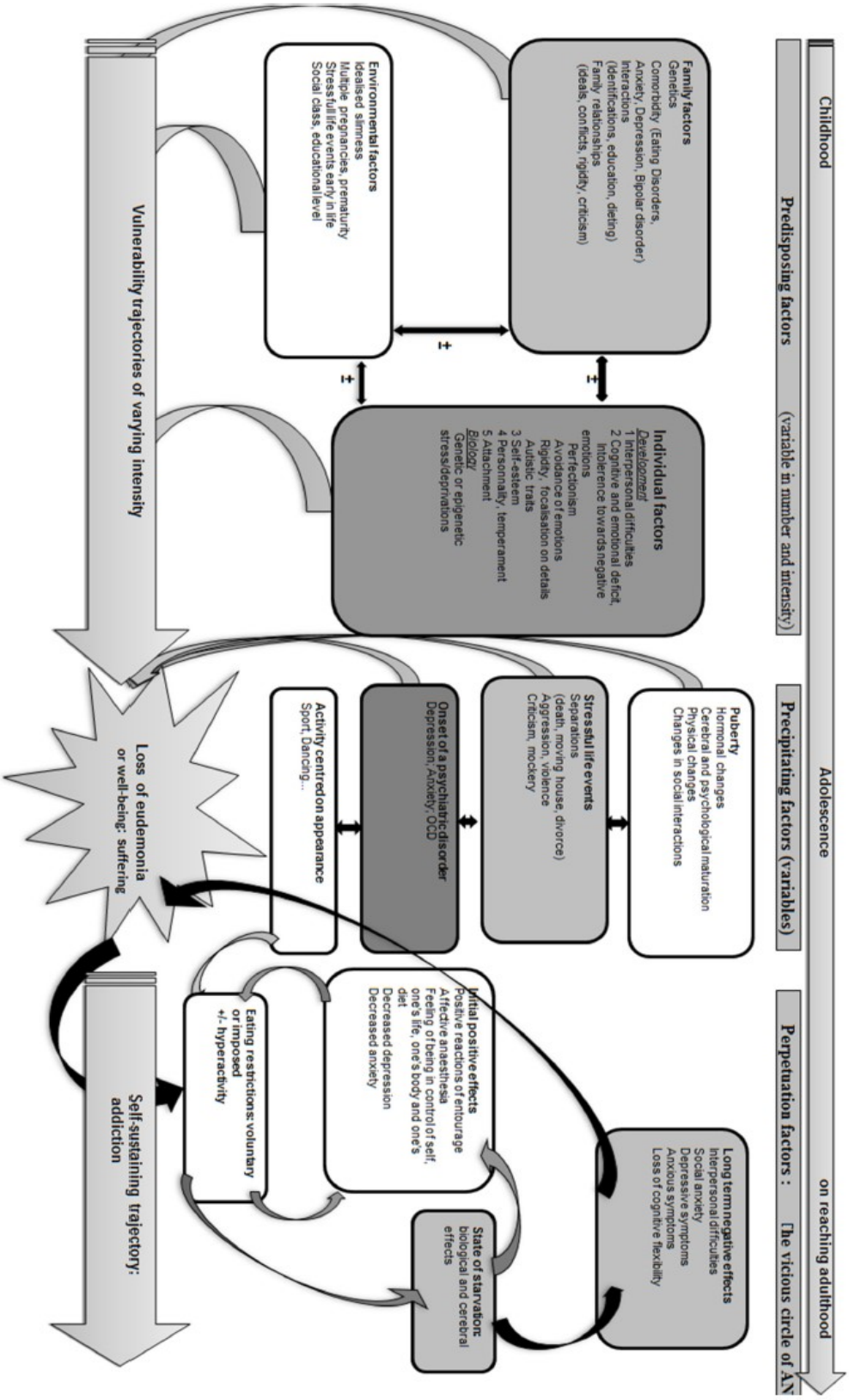


FIGURE 7 | A model of anorexia nervosa as an attempt to preserve mental homeostasis.

(27) Gorwood P, Blanchet-collet C, Chartrel N, Duclos J. New Insights in Anorexia Nervosa. 2016;10(June):1–21.

6. Tableau 3

	Essential	Optional
Medical and psychiatric history	Full examination	Structured diagnostic interview (eg, SCID I and II, EDE)
Physical assessment	BMI, heart rate, blood pressure, temperature	In case of severe oedema: albumin, total protein, protein electrophoresis In patients with a long-term course: bone density (DEXA) scan In case of seizures or differential diagnosis: EEG and neuroimaging (CT, MRI) In case of unclear thoracic pain or abdominal symptoms: chest radiograph, abdominal ultrasound, gastroscopy
Blood profile	Full blood count, blood sedimentation rate	In severe anaemia: reticulocytes, iron, ferritin, transferring, vitamin B12
Biochemical profile	Sodium, potassium, calcium, magnesium, phosphate, creatinine, urea, liver enzyme profile, blood glucose	In case of elevated creatinine: creatinine clearance In case of low BMI (<12kg/m^2) and in the early phase of nutritional rehabilitation: monitoring of sodium, potassium, phosphate (at least weekly)
Cardiovascular assessment	ECG	In case of cardiovascular abnormalities: Holter ECG, echocardiography

SCID I and II=structured clinical interview for DSM axis I and II disorders. EDE=eating disorder examination interview. BMI=body-mass index. DEXA=dual-energy X-ray absorptiometry. ECG=electrocardiograph.

***Table 3:* Investigations recommended at initial assessment, on admission, or at regular intervals over the course of refeeding**

(37) Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. The Lancet Psychiatry 2015

7. Tableau 4

	Evidence	Effect (evidence level)
Adolescent anorexia nervosa[84]		
Family-based treatment (FBT)	Strong*	+++ (1)
Maudsley family therapy (MFT)	Strong*	+++ (1)
Family system therapy (FST)	Moderate*	++ (2)
Adolescent focused therapy (AFT)	Moderate*	++ (2)
Cognitive behavioural treatment (broad; CBT-b)	Weak/moderate	–/+ (4)
Cognitive behavioural treatment (enhanced; CBT-E)	Moderate*	+ (4)
Adult anorexia nervosa[4,73,83]		
Cognitive behavioural therapy (CBT)	Weak	+
Cognitive behavioural therapy (enhanced; CBT-E)	Moderate*	++
Behavioural therapies (BT)	Weak	–/+
Interpersonal psychotherapy (IPT)	Weak	+
Psychodynamic therapy (PT)	Weak	+
Cognitive analytic therapy (CAT)	Weak	+
Focal psychodynamic psychotherapy	Moderate*	++
Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adults (MANTRA)	Moderate*	++
Specialist supportive clinical management (SSCM)	Moderate*	+ (+)

Evidence grades are weak, moderate, or strong. Effect grades are: – for no beneficial effect; -/+ for mixed result or still inconsistent result; + for slight beneficial effect; +(+) for moderate beneficial effect; ++ for moderate and lasting beneficial effect (further improvement shown in follow-up); and +++ for strong beneficial effect (superiority demonstrated in primary outcome of randomised trial). Evidence levels are: 1 for well established, 2 for probably efficious, and 4 for experimental. *At least one multicentre randomised trial or more than one randomised trial.

Table 4: **Behavioural treatments in adolescent and adult patients with anorexia nervosa**

(37) Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. The Lancet Psychiatry 2015

8. Tableau 5

Panel 1: Indicators of high medical risk and other reasons for considering inpatient treatment

Weight

- BMI <14 kg/m² or rapid weight loss (adults) or <75% of expected bodyweight or rapid weight loss (adolescents)

Medical status

- Heart rate <50 bpm
- Cardiac arrhythmia
- Postural tachycardia (increase >20 bpm)
- Blood pressure <80/50 mm Hg
- Postural hypotension >20 mm Hg
- QTc >450 ms
- Temperature <35·5°C
- Hypokalaemia <3·0 mmol/L
- Neutropenia
- Phosphate <0·5 mmol/L

Additional indicators

- Severe bingeing and purging (eg, several times daily)
- Failure to respond to outpatient or daypatient treatment
- Severe psychiatric comorbidity
- Suicidality

These indicators are only a guide and do not replace the need for individual clinical judgement (adapted from Hay and colleagues, 2014,[73] and Treasure and colleagues, 2010[4]). QTc=corrected QT.

(37) Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. The Lancet Psychiatry 2015

9. Questionnaire

Première partie : caractéristiques socio-démographiques

1. Adresse mail* : texte libre
2. Spécialité* :
    a. Médecine générale
    b. Pédiatrie
3. Sexe* :
    a. Homme
    b. Femme
    c. Autre
4. Clientèle à majorité* :
    a. Urbaine
    b. Rurale
    c. Les deux de façon équilibrée
5. Mode d'exercice* :
    a. Seul(e)
    b. En association
6. Âge* :
    a. Moins de 35 ans
    b. Entre 36 et 45 ans
    c. Entre 46 et 55 ans
    d. Plus de 56 ans

Deuxième partie : Formation

7. Avez-vous reçu un enseignement spécifique relatif à l'AM lors de votre formation initiale ?* :
    a. Oui
    b. Non
8. Évaluez-vous les enseignements sur l'AM, reçus au cours de votre cursus (externat/internat), utiles à votre pratique courante ?* : de 1 à 5, entre « Très insatisfaisants » et « Très satisfaisants »
9. Avez-vous reçu un enseignement spécifique sur l'AM (hors formation initiale)* :
    a. Oui
    b. Non
10. Si oui dans quel cadre avez-vous reçu cet enseignement ? : (texte libre)

11. Avez-vous effectué un stage dans un service accueillant des patients souffrant d'AM ?* (plusieurs réponses possibles):
    a. Pendant vos études médicales
    b. Dans le cadre de la formation médicale continue (FMC)
    c. Non
12. Quels sont vos principales sources d'information et de FMC relatives à l'AM ?* (plusieurs réponses possibles):
    a. Relations épistolaires, directes et/ou téléphoniques avec les spécialistes
    b. Revues et livres médicaux
    c. Congrès
    d. Formations post-universitaires
    e. Internet
    f. Réunions de FMC
    g. Autre : (texte libre)
13. Quels sont le/les thèmes pour lesquels vous souhaiteriez une formation supplémentaire ?* (plusieurs réponses possibles):
    a. Dépistage
    b. Approche psychologique
    c. Accompagnement des aidants (parents, fratrie)
    d. Approche nutritionnelle
    e. Diagnostic positif
    f. Diagnostic différentiel
    g. Critères d'hospitalisation
    h. Autre : (texte libre)
14. Participeriez-vous à une demi-journée de formation à l'AM ?* :
    a. Oui
    b. Non

Troisième partie : Pratique courante

15. En moyenne, combien de patients mineurs souffrant d'AM rencontrez-vous par an ?* :
    a. Moins de 1 par an
    b. Entre 1 et 5 par an
    c. Entre 6 et 10 par an
    d. Plus de 10 par an

16. Avez-vous le plus souvent porté et annoncé le diagnostic d'AM pour les patients rencontrés ?* :
    a. Oui
    b. Non
17. Avez-vous utilisé un outil de dépistage ?* :
    a. Oui
    b. Non
18. Si oui, lequel ? : (texte libre)
19. Avez-vous utilisé un outil diagnostiques ?* :
    a. Oui
    b. Non
20. Si oui, lequel ? : (texte libre)
21. Parmi les situations suivantes concernant la prise en charge de mineurs souffrant d'AM, la ou lesquelles qualifieriez-vous de complexe(s) ou de problématique(s) pour votre activité de tous les jours ?* (plusieurs réponses possibles) :
    a. Établir le diagnostic positif
    b. Écarter un diagnostic différentiel
    c. Obtenir un avis spécialisé
    d. Poser l'indication d''hospitalisation
    e. Organiser une hospitalisation
    f. Faire face au déni du patient
    g. Accompagnement des aidants (parents, fratrie)
22. Les problèmes que vous rencontrez lors de la prise en charge de mineurs souffrant d'AM sont principalement ?* :
    a. Somatiques
    b. Psychiatriques ou psychologiques
    c. Sociaux

Quatrième partie : Évaluation de premier recours, diagnostics positif, différentiels et évaluation du retentissement au cours des premières consultations

23. Diagnostic positif d'AM tous sous-types confondus : quels critères recherchez-vous habituellement ?* (plusieurs réponses possibles) :
    a. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins
    b. Manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur
    c. Poids inférieur au poids minimal attendu pour l'âge/le sexe
    d. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros
    e. Comportement persistant interférant avec la prise de poids alors que le poids est significativement bas

f. Altération de la perception du poids ou de la forme de son corps
g. Influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi
h. Vomissements provoqués et autres conduites purgatives (laxatifs, diurétiques, lavements)
i. Accès récurrents d'hyperphagie/gloutonnerie

24. Diagnostics différentiels d'AM : quels autres étiologies recherchez-vous habituellement ?* (plusieurs réponses possibles) :
    a. Syndrome de malabsorption (maladie cœliaque, etc.)
    b. Maladie inflammatoire intestinale (Crohn, etc.)
    c. Tumeur cérébrale
    d. Hyperthyroïdie
    e. Diabète
    f. Syndrome dépressif
    g. Autres maladies systémiques cataboliques
    h. Autre : (texte libre)
25. Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité ?* (plusieurs réponses possibles) :
    a. Vitesse de la perte de poids
    b. Calcul de l'IMC avec lecture de la courbe staturopondérale en fonction de l'âge
    c. Ralentissement moteur et psychique et/ou confusion
    d. Syndrome occlusif
    e. Paramètres vitaux (TA, FC, T° C) : recherche de bradycardie (<40 bpm) ou de tachycardie
    f. Hypotension systolique (<80 mmHg) et/ou hypotension orthostatique
    g. Trouble de la thermorégulation (hypo ou hyperthermie)
    h. Bandelette urinaire à la recherche d'une cétonurie
    i. ECG
    j. Glycémie capillaire à la recherche d'une hypoglycémie <0,6g/L
    k. Ionogramme sanguin à la recherche d'une hypokaliémie/hyponatrémie/hypophosphorémie
    l. NFS et numération plaquettaire à la recherche d'une leuco-neutropénie/thrombopénie
    m. Bilan hépatique à la recherche d'une cytolyse
    n. Créatininémie et mesure du DFG
26. Seriez-vous intéressé par un questionnaire bref pour dépister l'AM en population pédiatrique ?* :
    a. Oui
    b. Non

Cinquième partie : Organisation des soins, adressage spécialisé, articulation/coordination des soins, échanges avec les spécialistes

27. Avez-vous déjà coordonné les soins autour d'un mineur souffrant d'AM ?* :
    a. Oui
    b. Non
28. Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers ?* (plusieurs réponses possibles) :
    a. Un centre hospitalier public
    b. Une clinique ou une structure privée
    c. Un praticien libéral (psychiatre ou psychologue)
    d. Variable selon les cas
29. Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers ?* (plusieurs réponses possibles) :
    a. Un psychologue
    b. Un nutritionniste/diététicien
    c. Un pédopsychiatre
    d. Un endocrinologue pédiatre
    e. Un gastroentérologue pédiatre
    f. Autre : (texte libre)
30. Assurez-vous le suivi somatique après adressage pédopsychiatrique ?* :
    a. Oui
    b. Non
31. Proposez-vous des consultations avant la consultation spécialisée ?* :
    a. Oui
    b. Non
32. Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres ?
    a. En quantité* :
        i. Insuffisante
        ii. Suffisante
        iii. Trop abondante
        iv. Non concerné(e)
    b. En qualité* :
        i. Médiocre
        ii. Correcte
        iii. Bonne
        iv. Non concerné(e)

c. Pour le délai d'obtention* :
   i. Tardif
   ii. En temps utile
   iii. Dépendant du médecin
   iv. Non concerné(e)

Sixième partie : Commentaires libres, espace de réflexion sur l'AM et remarques libres sur le questionnaire

10. Statistiques descriptives de l'ensemble de l'échantillon

Spécialité		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Médecine Générale	N (%)	127 (89,437)
Pédiatrie	N (%)	15 (10,563)
Quel est votre sexe?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Femme	N (%)	94 (66,197)
Homme	N (%)	48 (33,803)
Votre clientèle est à majorité :		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Les deux de façon équilibrée	N (%)	30 (21,127)
Rurale	N (%)	34 (23,944)
Urbaine	N (%)	78 (54,93)
Quel est votre mode d'exercice?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
En association	N (%)	118 (83,099)
Seul(e)	N (%)	24 (16,901)
Quel est votre âge (4 modalités) ?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Entre 36 et 45 ans	N (%)	37 (26,056)
Entre 46 et 55 ans	N (%)	33 (23,239)
Moins de 35 ans	N (%)	53 (37,324)
Plus de 56 ans	N (%)	19 (13,38)
Avez-vous reçu un enseignement spécifique relatif à l'AM lors de votre formation initiale?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	141 (1 ; 0,704)
Non	N (%)	65 (46,099)
Oui	N (%)	76 (53,901)

Évaluez-vous les enseignements sur l'AM, reçus au cours de votre cursus (externat/internat), utiles à votre pratique courante?		
	N (m.d.)	142 (0)
	Mean (SD)	2,408 (0,908)
	Median [Q1 ; Q3]	2 [2 ; 3]
	Min ; Max	1 ; 5
Avez-vous reçu un enseignement spécifique sur l'AM (hors formation initiale)?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	114 (80,282)
Oui	N (%)	28 (19,718)
Avez-vous effectué un stage dans un service accueillant des patients souffrant d'AM? - Pendant vos études médicales		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	91 (64,085)
Oui	N (%)	51 (35,915)
Avez-vous effectué un stage dans un service accueillant des patients souffrant d'AM? - Dans le cadre de la formation médicale continue (FMC)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	140 (98,592)
Oui	N (%)	2 (1,408)
Avez-vous effectué un stage dans un service accueillant des patients souffrant d'AM? - Non		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	53 (37,324)
Oui	N (%)	89 (62,676)
Quels sont vos principales sources d'information et de FMC relatives à l'AM? - Relations épistolaires, directes et/ou téléphoniques avec les spécialistes		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	104 (73,239)
Oui	N (%)	38 (26,761)
Quels sont vos principales sources d'information et de FMC relatives à l'AM? - Revues et livres médicaux		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	61 (42,958)
Oui	N (%)	81 (57,042)
Quels sont vos principales sources d'information et de FMC relatives à l'AM? - Congrès		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	122 (85,915)
Oui	N (%)	20 (14,085)
Quels sont vos principales sources d'information et de FMC relatives à l'AM? - Formations post-universitaires		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	121 (85,211)

Oui	N (%)	21 (14,789)
Quels sont vos principales sources d'information et de FMC relatives à l'AM? - Internet		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	76 (53,521)
Oui	N (%)	66 (46,479)
Quels sont vos principales sources d'information et de FMC relatives à l'AM? - Réunions de FMC		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	112 (78,873)
Oui	N (%)	30 (21,127)
Quels sont le/les thèmes pour lesquels vous souhaiteriez une formation supplémentaire? - Dépistage		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	66 (46,479)
Oui	N (%)	76 (53,521)
Quels sont le/les thèmes pour lesquels vous souhaiteriez une formation supplémentaire? - Approche psychologique		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	37 (26,056)
Oui	N (%)	105 (73,944)
Quels sont le/les thèmes pour lesquels vous souhaiteriez une formation supplémentaire? - Accompagnement des aidants (parents, fratrie)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	60 (42,254)
Oui	N (%)	82 (57,746)
Quels sont le/les thèmes pour lesquels vous souhaiteriez une formation supplémentaire? - Approche nutritionnelle		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	93 (65,493)
Oui	N (%)	49 (34,507)
Quels sont le/les thèmes pour lesquels vous souhaiteriez une formation supplémentaire? - Diagnostic positif		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	104 (73,239)
Oui	N (%)	38 (26,761)
Quels sont le/les thèmes pour lesquels vous souhaiteriez une formation supplémentaire? - Diagnostic différentiel		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	109 (76,761)
Oui	N (%)	33 (23,239)
Quels sont le/les thèmes pour lesquels vous souhaiteriez une formation supplémentaire? - Critères d'hospitalisation		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)

Non	N (%)	59 (41,549)
Oui	N (%)	83 (58,451)
Participeriez-vous à une demi-journée de formation à l'AM?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	30 (21,127)
Oui	N (%)	112 (78,873)
En moyenne, combien de patients mineurs souffrant d'AM rencontrez-vous par an?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Entre 1 et 5 par an	N (%)	56 (39,437)
Entre 6 et 10 par an	N (%)	4 (2,817)
Moins de 1 par an	N (%)	82 (57,746)
Avez-vous le plus souvent porté et annoncé le diagnostic d'AM pour les patients rencontrés?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	97 (68,31)
Oui	N (%)	45 (31,69)
Avez-vous utilisé un outil de dépistage?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	137 (96,479)
Oui	N (%)	5 (3,521)
Avez-vous utilisé un outil diagnostique?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	141 (1 ; 0,704)
Non	N (%)	135 (95,745)
Oui	N (%)	6 (4,255)
Parmi les situations suivantes concernant la prise en charge de mineurs souffrant d'AM, la ou lesquelles qualifieriez-vous de complexe(s) ou de problématique(s) pour votre activité de tous les jours? - Établir le diagnostic positif		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	87 (61,268)
Oui	N (%)	55 (38,732)
Parmi les situations suivantes concernant la prise en charge de mineurs souffrant d'AM, la ou lesquelles qualifieriez-vous de complexe(s) ou de problématique(s) pour votre activité de tous les jours? - Écarter un diagnostic différentiel		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	118 (83,099)
Oui	N (%)	24 (16,901)
Parmi les situations suivantes concernant la prise en charge de mineurs souffrant d'AM, la ou lesquelles qualifieriez-vous de complexe(s) ou de problématique(s) pour votre activité de tous les jours? - Obtenir un avis spécialisé		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	38 (26,761)
Oui	N (%)	104 (73,239)

Parmi les situations suivantes concernant la prise en charge de mineurs souffrant d'AM, la ou lesquelles qualifieriez-vous de complexe(s) ou de problématique(s) pour votre activité de tous les jours? - Poser l'indication d''hospitalisation		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	74 (52,113)
Oui	N (%)	68 (47,887)
Parmi les situations suivantes concernant la prise en charge de mineurs souffrant d'AM, la ou lesquelles qualifieriez-vous de complexe(s) ou de problématique(s) pour votre activité de tous les jours? - Organiser une hospitalisation		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	71 (50)
Oui	N (%)	71 (50)
Parmi les situations suivantes concernant la prise en charge de mineurs souffrant d'AM, la ou lesquelles qualifieriez-vous de complexe(s) ou de problématique(s) pour votre activité de tous les jours? - Faire face au déni du patient		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	48 (33,803)
Oui	N (%)	94 (66,197)
Parmi les situations suivantes concernant la prise en charge de mineurs souffrant d'AM, la ou lesquelles qualifieriez-vous de complexe(s) ou de problématique(s) pour votre activité de tous les jours? - Accompagnement des aidants (parents, fratrie)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	64 (45,07)
Oui	N (%)	78 (54,93)
Les problèmes que vous rencontrez lors de la prise en charge de mineurs souffrant d'AM sont principalement?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	135 (7 ; 4,93)
Médicaux	N (%)	1 (0,741)
Psychiatriques ou psychologiques	N (%)	115 (85,185)
Sociaux	N (%)	11 (8,148)
Somatiques	N (%)	8 (5,926)
Diagnostic positif d'AM tous sous-types confondus : quels critères recherchez-vous habituellement? - Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	30 (21,127)
Oui	N (%)	112 (78,873)
Diagnostic positif d'AM tous sous-types confondus : quels critères recherchez-vous habituellement? - Manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	28 (19,718)
Oui	N (%)	114 (80,282)
Diagnostic positif d'AM tous sous-types confondus : quels critères recherchez-vous habituellement? - Poids inférieur au poids minimal attendu pour l'âge/le sexe		

Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	60 (42,254)
Oui	N (%)	82 (57,746)
Diagnostic positif d'AM tous sous-types confondus : quels critères recherchez-vous habituellement? - Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	36 (25,352)
Oui	N (%)	106 (74,648)
Diagnostic positif d'AM tous sous-types confondus : quels critères recherchez-vous habituellement? - Comportement persistant interférant avec la prise de poids alors que le poids est significativement bas		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	50 (35,211)
Oui	N (%)	92 (64,789)
Diagnostic positif d'AM tous sous-types confondus : quels critères recherchez-vous habituellement? - Altération de la perception du poids ou de la forme de son corps		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	11 (7,746)
Oui	N (%)	131 (92,254)
Diagnostic positif d'AM tous sous-types confondus : quels critères recherchez-vous habituellement? - Influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	71 (50)
Oui	N (%)	71 (50)
Diagnostic positif d'AM tous sous-types confondus : quels critères recherchez-vous habituellement? - Vomissements provoqués et autres conduites purgatives (laxatifs, diurétiques, lavements)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	22 (15,493)
Oui	N (%)	120 (84,507)
Diagnostic positif d'AM tous sous-types confondus : quels critères recherchez-vous habituellement? - Accès récurrents d'hyperphagie/gloutonnerie		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	61 (42,958)
Oui	N (%)	81 (57,042)
Diagnostics différentiels d'AM : quels autres étiologies recherchez-vous habituellement? - Syndrome de malabsorption (maladie coeliaque, etc.)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	47 (33,099)
Oui	N (%)	95 (66,901)
Diagnostics différentiels d'AM : quels autres étiologies recherchez-vous habituellement? - Maladie inflammatoire intestinale (Crohn, etc.)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)

Non	N (%)	52 (36,62)
Oui	N (%)	90 (63,38)
Diagnostics différentiels d'AM : quels autres étiologies recherchez-vous habituellement? - Tumeur cérébrale		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	122 (85,915)
Oui	N (%)	20 (14,085)
Diagnostics différentiels d'AM : quels autres étiologies recherchez-vous habituellement? - Hyperthyroïdie		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	24 (16,901)
Oui	N (%)	118 (83,099)
Diagnostics différentiels d'AM : quels autres étiologies recherchez-vous habituellement? - Diabète		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	41 (28,873)
Oui	N (%)	101 (71,127)
Diagnostics différentiels d'AM : quels autres étiologies recherchez-vous habituellement? - Syndrome dépressif		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	27 (19,014)
Oui	N (%)	115 (80,986)
Diagnostics différentiels d'AM : quels autres étiologies recherchez-vous habituellement? - Autres maladies systémiques cataboliques		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	127 (89,437)
Oui	N (%)	15 (10,563)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Vitesse de la perte de poids		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	67 (47,183)
Oui	N (%)	75 (52,817)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Calcul de l'IMC avec lecture de la courbe staturopondérale en fonction de l'âge		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	27 (19,014)
Oui	N (%)	115 (80,986)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Ralentissement moteur et psychique et/ou confusion		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	80 (56,338)
Oui	N (%)	62 (43,662)

Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Syndrome occlusif		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	128 (90,141)
Oui	N (%)	14 (9,859)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Paramètres vitaux (TA, FC, T°C) : recherche de bradycardie (<40 bpm) ou de tachycardie		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	36 (25,352)
Oui	N (%)	106 (74,648)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Hypotension systolique (<80 mmHg) et/ou hypotension orthostatique		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	41 (28,873)
Oui	N (%)	101 (71,127)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Trouble de la thermorégulation (hypo ou hyperthermie)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	93 (65,493)
Oui	N (%)	49 (34,507)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Bandelette urinaire à la recherche d'une cétonurie		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	117 (82,394)
Oui	N (%)	25 (17,606)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - ECG		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	108 (76,056)
Oui	N (%)	34 (23,944)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Glycémie capillaire à la recherche d'une hypoglycémie <0,6g/L		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	92 (64,789)
Oui	N (%)	50 (35,211)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Ionogramme sanguin à la recherche d'une hypokaliémie/hyponatrémie/hypophosphorémie		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	19 (13,38)
Oui	N (%)	123 (86,62)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - NFS et numération plaquettaire à la recherche d'une leuconeutropénie/thrombopénie		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)

Non	N (%)	61 (42,958)
Oui	N (%)	81 (57,042)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Bilan hépatique à la recherche d'une cytolyse		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	75 (52,817)
Oui	N (%)	67 (47,183)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Créatininémie et mesure du DFG		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	73 (51,408)
Oui	N (%)	69 (48,592)
Seriez-vous intéressé par un questionnaire bref pour dépister l'AM en population pédiatrique?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	9 (6,338)
Oui	N (%)	133 (93,662)
Avez-vous déjà coordonné les soins autour d'un mineur souffrant d'AM?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	80 (56,338)
Oui	N (%)	62 (43,662)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un centre hospitalier public		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	45 (31,69)
Oui	N (%)	97 (68,31)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Une clinique ou une structure privée		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	136 (95,775)
Oui	N (%)	6 (4,225)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un praticien libéral (psychiatre ou psychologue)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	108 (76,056)
Oui	N (%)	34 (23,944)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Variable selon les cas		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	97 (68,31)
Oui	N (%)	45 (31,69)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un psychologue		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	114 (80,282)
Oui	N (%)	28 (19,718)

Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un nutritionniste/diététicien		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	132 (92,958)
Oui	N (%)	10 (7,042)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un pédopsychiatre		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	6 (4,225)
Oui	N (%)	136 (95,775)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un endocrinologue pédiatre		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	131 (92,254)
Oui	N (%)	11 (7,746)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un gastroentérologue pédiatre		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	136 (95,775)
Oui	N (%)	6 (4,225)
Assurez-vous le suivi somatique après adressage pédopsychiatrique?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	138 (4 ; 2,817)
Non	N (%)	18 (13,043)
Oui	N (%)	120 (86,957)
Proposez-vous des consultations avant la consultation spécialisée?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	139 (3 ; 2,113)
Non	N (%)	32 (23,022)
Oui	N (%)	107 (76,978)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (1) [En quantité] - Insuffisante		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	59 (41,549)
Oui	N (%)	83 (58,451)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (1) [En quantité] - Suffisante		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	111 (78,169)
Oui	N (%)	31 (21,831)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (1) [En quantité] - Trop abondante		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	142 (100)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (1) [En quantité] - Non concerné(e)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	120 (84,507)

Oui	N (%)	22 (15,493)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (2) [En qualité] - Médiocre		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	97 (68,31)
Oui	N (%)	45 (31,69)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (2) [En qualité] - Correcte		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	97 (68,31)
Oui	N (%)	45 (31,69)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (2) [En qualité] - Bonne		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	124 (87,324)
Oui	N (%)	18 (12,676)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (2) [En qualité] - Non concerné(e)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	117 (82,394)
Oui	N (%)	25 (17,606)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (3) [Pour le délai d'obtention] - Tardif		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	84 (59,155)
Oui	N (%)	58 (40,845)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (3) [Pour le délai d'obtention] - En temps utile		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	131 (92,254)
Oui	N (%)	11 (7,746)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (3) [Pour le délai d'obtention] - Dépendant du médecin		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	100 (70,423)
Oui	N (%)	42 (29,577)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (3) [Pour le délai d'obtention] - Non concerné(e)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
Non	N (%)	117 (82,394)
Oui	N (%)	25 (17,606)

Quel est votre âge (2 modalités) ?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	142 (0 ; 0)
45 ans et moins	N (%)	90 (63,38)
Plus de 45 ans	N (%)	52 (36,62)

11. Statistiques descriptives du sous-groupe « AM+1 »

Spécialité		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Médecine Générale	N (%)	52 (86,667)
Pédiatrie	N (%)	8 (13,333)
Quel est votre sexe?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Femme	N (%)	38 (63,333)
Homme	N (%)	22 (36,667)
Votre clientèle est à majorité :		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Les deux de façon équilibrée	N (%)	13 (21,667)
Rurale	N (%)	16 (26,667)
Urbaine	N (%)	31 (51,667)
Quel est votre mode d'exercice?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
En association	N (%)	52 (86,667)
Seul(e)	N (%)	8 (13,333)
Quel est votre âge (4 modalités) ?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Entre 36 et 45 ans	N (%)	15 (25)
Entre 46 et 55 ans	N (%)	12 (20)
Moins de 35 ans	N (%)	22 (36,667)
Plus de 56 ans	N (%)	11 (18,333)
Avez-vous reçu un enseignement spécifique relatif à l'AM lors de votre formation initiale?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	30 (50)
Oui	N (%)	30 (50)
Évaluez-vous les enseignements sur l'AM, reçus au cours de votre cursus (externat/internat), utiles à votre pratique courante?		
	N (m.d.)	60 (0)
	Mean (SD)	2,383 (1,01)
	Median [Q1 ; Q3]	2,5 [1,75 ; 3]
	Min ; Max	1 ; 4

Avez-vous reçu un enseignement spécifique sur l'AM (hors formation initiale)?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	44 (73,333)
Oui	N (%)	16 (26,667)
Avez-vous effectué un stage dans un service accueillant des patients souffrant d'AM? - Pendant vos études médicales		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	38 (63,333)
Oui	N (%)	22 (36,667)
Avez-vous effectué un stage dans un service accueillant des patients souffrant d'AM? - Dans le cadre de la formation médicale continue (FMC)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	59 (98,333)
Oui	N (%)	1 (1,667)
Avez-vous effectué un stage dans un service accueillant des patients souffrant d'AM? - Non		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	23 (38,333)
Oui	N (%)	37 (61,667)
Quels sont vos principales sources d'information et de FMC relatives à l'AM? - Relations épistolaires, directes et/ou téléphoniques avec les spécialistes		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	43 (71,667)
Oui	N (%)	17 (28,333)
Quels sont vos principales sources d'information et de FMC relatives à l'AM? - Revues et livres médicaux		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	23 (38,333)
Oui	N (%)	37 (61,667)
Quels sont vos principales sources d'information et de FMC relatives à l'AM? - Congrès		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	49 (81,667)
Oui	N (%)	11 (18,333)
Quels sont vos principales sources d'information et de FMC relatives à l'AM? - Formations post-universitaires		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	47 (78,333)
Oui	N (%)	13 (21,667)
Quels sont vos principales sources d'information et de FMC relatives à l'AM? - Internet		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	37 (61,667)
Oui	N (%)	23 (38,333)
Quels sont vos principales sources d'information et de FMC relatives à l'AM? - Réunions de FMC		

Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	44 (73,333)
Oui	N (%)	16 (26,667)
Quels sont le/les thèmes pour lesquels vous souhaiteriez une formation supplémentaire? - Dépistage		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	31 (51,667)
Oui	N (%)	29 (48,333)
Quels sont le/les thèmes pour lesquels vous souhaiteriez une formation supplémentaire? - Approche psychologique		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	13 (21,667)
Oui	N (%)	47 (78,333)
Quels sont le/les thèmes pour lesquels vous souhaiteriez une formation supplémentaire? - Accompagnement des aidants (parents, fratrie)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	29 (48,333)
Oui	N (%)	31 (51,667)
Quels sont le/les thèmes pour lesquels vous souhaiteriez une formation supplémentaire? - Approche nutritionnelle		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	38 (63,333)
Oui	N (%)	22 (36,667)
Quels sont le/les thèmes pour lesquels vous souhaiteriez une formation supplémentaire? - Diagnostic positif		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	50 (83,333)
Oui	N (%)	10 (16,667)
Quels sont le/les thèmes pour lesquels vous souhaiteriez une formation supplémentaire? - Diagnostic différentiel		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	48 (80)
Oui	N (%)	12 (20)
Quels sont le/les thèmes pour lesquels vous souhaiteriez une formation supplémentaire? - Critères d'hospitalisation		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	27 (45)
Oui	N (%)	33 (55)
Participeriez-vous à une demi-journée de formation à l'AM?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	10 (16,667)
Oui	N (%)	50 (83,333)

En moyenne, combien de patients mineurs souffrant d'AM rencontrez-vous par an?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Entre 1 et 5 par an	N (%)	56 (93,333)
Entre 6 et 10 par an	N (%)	4 (6,667)
Moins de 1 par an	N (%)	0 (0)
Avez-vous le plus souvent porté et annoncé le diagnostic d'AM pour les patients rencontrés?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	38 (63,333)
Oui	N (%)	22 (36,667)
Avez-vous utilisé un outil de dépistage?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	57 (95)
Oui	N (%)	3 (5)
Avez-vous utilisé un outil diagnostique?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	54 (90)
Oui	N (%)	6 (10)
Parmi les situations suivantes concernant la prise en charge de mineurs souffrant d'AM, la ou lesquelles qualifieriez-vous de complexe(s) ou de problématique(s) pour votre activité de tous les jours? - Établir le diagnostic positif		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	43 (71,667)
Oui	N (%)	17 (28,333)
Parmi les situations suivantes concernant la prise en charge de mineurs souffrant d'AM, la ou lesquelles qualifieriez-vous de complexe(s) ou de problématique(s) pour votre activité de tous les jours? - Écarter un diagnostic différentiel		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	51 (85)
Oui	N (%)	9 (15)
Parmi les situations suivantes concernant la prise en charge de mineurs souffrant d'AM, la ou lesquelles qualifieriez-vous de complexe(s) ou de problématique(s) pour votre activité de tous les jours? - Obtenir un avis spécialisé		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	19 (31,667)
Oui	N (%)	41 (68,333)
Parmi les situations suivantes concernant la prise en charge de mineurs souffrant d'AM, la ou lesquelles qualifieriez-vous de complexe(s) ou de problématique(s) pour votre activité de tous les jours? - Poser l'indication d''hospitalisation		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	28 (46,667)
Oui	N (%)	32 (53,333)

Parmi les situations suivantes concernant la prise en charge de mineurs souffrant d'AM, la ou lesquelles qualifieriez-vous de complexe(s) ou de problématique(s) pour votre activité de tous les jours? - Organiser une hospitalisation		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	26 (43,333)
Oui	N (%)	34 (56,667)
Parmi les situations suivantes concernant la prise en charge de mineurs souffrant d'AM, la ou lesquelles qualifieriez-vous de complexe(s) ou de problématique(s) pour votre activité de tous les jours? - Faire face au déni du patient		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	20 (33,333)
Oui	N (%)	40 (66,667)
Parmi les situations suivantes concernant la prise en charge de mineurs souffrant d'AM, la ou lesquelles qualifieriez-vous de complexe(s) ou de problématique(s) pour votre activité de tous les jours? - Accompagnement des aidants (parents, fratrie)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	31 (51,667)
Oui	N (%)	29 (48,333)
Les problèmes que vous rencontrez lors de la prise en charge de mineurs souffrant d'AM sont principalement?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	59 (1 ; 1,667)
Médicaux	N (%)	0 (0)
Psychiatriques ou psychologiques	N (%)	52 (88,136)
Sociaux	N (%)	4 (6,78)
Somatiques	N (%)	3 (5,085)
Diagnostic positif d'AM tous sous-types confondus : quels critères recherchez-vous habituellement? - Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	11 (18,333)
Oui	N (%)	49 (81,667)
Diagnostic positif d'AM tous sous-types confondus : quels critères recherchez-vous habituellement? - Manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	9 (15)
Oui	N (%)	51 (85)
Diagnostic positif d'AM tous sous-types confondus : quels critères recherchez-vous habituellement? - Poids inférieur au poids minimal attendu pour l'âge/le sexe		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	24 (40)
Oui	N (%)	36 (60)
Diagnostic positif d'AM tous sous-types confondus : quels critères recherchez-vous habituellement? - Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)

Non	N (%)	13 (21,667)
Oui	N (%)	47 (78,333)
Diagnostic positif d'AM tous sous-types confondus : quels critères recherchez-vous habituellement? - Comportement persistant interférant avec la prise de poids alors que le poids est significativement bas		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	20 (33,333)
Oui	N (%)	40 (66,667)
Diagnostic positif d'AM tous sous-types confondus : quels critères recherchez-vous habituellement? - Altération de la perception du poids ou de la forme de son corps		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	5 (8,333)
Oui	N (%)	55 (91,667)
Diagnostic positif d'AM tous sous-types confondus : quels critères recherchez-vous habituellement? - Influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	34 (56,667)
Oui	N (%)	26 (43,333)
Diagnostic positif d'AM tous sous-types confondus : quels critères recherchez-vous habituellement? - Vomissements provoqués et autres conduites purgatives (laxatifs, diurétiques, lavements)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	10 (16,667)
Oui	N (%)	50 (83,333)
Diagnostic positif d'AM tous sous-types confondus : quels critères recherchez-vous habituellement? - Accès récurrents d'hyperphagie/gloutonnerie		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	24 (40)
Oui	N (%)	36 (60)
Diagnostics différentiels d'AM : quels autres étiologies recherchez-vous habituellement? - Syndrome de malabsorption (maladie coeliaque, etc.)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	24 (40)
Oui	N (%)	36 (60)
Diagnostics différentiels d'AM : quels autres étiologies recherchez-vous habituellement? - Maladie inflammatoire intestinale (Crohn, etc.)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	25 (41,667)
Oui	N (%)	35 (58,333)
Diagnostics différentiels d'AM : quels autres étiologies recherchez-vous habituellement? - Tumeur cérébrale		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	46 (76,667)

Oui	N (%)	14 (23,333)
Diagnostics différentiels d'AM : quels autres étiologies recherchez-vous habituellement? - Hyperthyroïdie		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	12 (20)
Oui	N (%)	48 (80)
Diagnostics différentiels d'AM : quels autres étiologies recherchez-vous habituellement? - Diabète		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	20 (33,333)
Oui	N (%)	40 (66,667)
Diagnostics différentiels d'AM : quels autres étiologies recherchez-vous habituellement? - Syndrome dépressif		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	7 (11,667)
Oui	N (%)	53 (88,333)
Diagnostics différentiels d'AM : quels autres étiologies recherchez-vous habituellement? - Autres maladies systémiques cataboliques		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	54 (90)
Oui	N (%)	6 (10)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Vitesse de la perte de poids		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	26 (43,333)
Oui	N (%)	34 (56,667)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Calcul de l'IMC avec lecture de la courbe staturopondérale en fonction de l'âge		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	10 (16,667)
Oui	N (%)	50 (83,333)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Ralentissement moteur et psychique et/ou confusion		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	32 (53,333)
Oui	N (%)	28 (46,667)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Syndrome occlusif		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	53 (88,333)
Oui	N (%)	7 (11,667)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Paramètres vitaux (TA, FC, T°C) : recherche de bradycardie (<40 bpm) ou de tachycardie		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)

Non	N (%)	15 (25)
Oui	N (%)	45 (75)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Hypotension systolique (<80 mmHg) et/ou hypotension orthostatique		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	17 (28,333)
Oui	N (%)	43 (71,667)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Trouble de la thermorégulation (hypo ou hyperthermie)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	38 (63,333)
Oui	N (%)	22 (36,667)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Bandelette urinaire à la recherche d'une cétonurie		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	52 (86,667)
Oui	N (%)	8 (13,333)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - ECG		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	48 (80)
Oui	N (%)	12 (20)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Glycémie capillaire à la recherche d'une hypoglycémie <0,6g/L		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	38 (63,333)
Oui	N (%)	22 (36,667)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Ionogramme sanguin à la recherche d'une hypokaliémie/hyponatrémie/hypophosphorémie		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	6 (10)
Oui	N (%)	54 (90)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - NFS et numération plaquettaire à la recherche d'une leuconeutropénie/thrombopénie		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	22 (36,667)
Oui	N (%)	38 (63,333)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Bilan hépatique à la recherche d'une cytolyse		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	30 (50)
Oui	N (%)	30 (50)
Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous recherché/proposé pour évaluer la gravité? - Créatininémie et mesure du DFG		

Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	30 (50)
Oui	N (%)	30 (50)
Seriez-vous intéressé par un questionnaire bref pour dépister l'AM en population pédiatrique?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	3 (5)
Oui	N (%)	57 (95)
Avez-vous déjà coordonné les soins autour d'un mineur souffrant d'AM?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	24 (40)
Oui	N (%)	36 (60)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un centre hospitalier public		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	20 (33,333)
Oui	N (%)	40 (66,667)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Une clinique ou une structure privée		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	55 (91,667)
Oui	N (%)	5 (8,333)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un praticien libéral (psychiatre ou psychologue)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	45 (75)
Oui	N (%)	15 (25)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Variable selon les cas		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	37 (61,667)
Oui	N (%)	23 (38,333)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un psychologue		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	47 (78,333)
Oui	N (%)	13 (21,667)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un nutritionniste/diététicien		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	55 (91,667)
Oui	N (%)	5 (8,333)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un pédopsychiatre		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	3 (5)
Oui	N (%)	57 (95)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un endocrinologue pédiatre		

Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	54 (90)
Oui	N (%)	6 (10)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un gastroentérologue pédiatre		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	58 (96,667)
Oui	N (%)	2 (3,333)
Assurez-vous le suivi somatique après adressage pédopsychiatrique?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	4 (6,667)
Oui	N (%)	56 (93,333)
Proposez-vous des consultations avant la consultation spécialisée?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	59 (1 ; 1,667)
Non	N (%)	8 (13,559)
Oui	N (%)	51 (86,441)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (1) [En quantité] - Insuffisante		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	20 (33,333)
Oui	N (%)	40 (66,667)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (1) [En quantité] - Suffisante		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	44 (73,333)
Oui	N (%)	16 (26,667)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (1) [En quantité] - Trop abondante		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	60 (100)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (1) [En quantité] - Non concerné(e)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	56 (93,333)
Oui	N (%)	4 (6,667)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (2) [En qualité] - Médiocre		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	37 (61,667)
Oui	N (%)	23 (38,333)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (2) [En qualité] - Correcte		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)

Non	N (%)	39 (65)
Oui	N (%)	21 (35)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (2) [En qualité] - Bonne		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	52 (86,667)
Oui	N (%)	8 (13,333)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (2) [En qualité] - Non concerné(e)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	54 (90)
Oui	N (%)	6 (10)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (3) [Pour le délai d'obtention] - Tardif		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	33 (55)
Oui	N (%)	27 (45)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (3) [Pour le délai d'obtention] - En temps utile		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	58 (96,667)
Oui	N (%)	2 (3,333)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (3) [Pour le délai d'obtention] - Dépendant du médecin		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	36 (60)
Oui	N (%)	24 (40)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (3) [Pour le délai d'obtention] - Non concerné(e)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
Non	N (%)	55 (91,667)
Oui	N (%)	5 (8,333)
Quel est votre âge (2 modalités) ?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	60 (0 ; 0)
45 ans et moins	N (%)	37 (61,667)
Plus de 45 ans	N (%)	23 (38,333)

12. Statistiques descriptives du sous-groupe « AM+C »

Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un centre hospitalier public		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	19 (30,645)
Oui	N (%)	43 (69,355)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Une clinique ou une structure privée		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	58 (93,548)
Oui	N (%)	4 (6,452)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un praticien libéral (psychiatre ou psychologue)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	43 (69,355)
Oui	N (%)	19 (30,645)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Variable selon les cas		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	39 (62,903)
Oui	N (%)	23 (37,097)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un psychologue		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	46 (74,194)
Oui	N (%)	16 (25,806)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un nutritionniste/diététicien		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	56 (90,323)
Oui	N (%)	6 (9,677)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un pédopsychiatre		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	4 (6,452)
Oui	N (%)	58 (93,548)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un endocrinologue pédiatre		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	57 (91,935)
Oui	N (%)	5 (8,065)
Orientez-vous préférentiellement un mineur atteint d'AM vers? - Un gastroentérologue pédiatre		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	59 (95,161)
Oui	N (%)	3 (4,839)

Assurez-vous le suivi somatique après adressage pédopsychiatrique?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	10 (16,129)
Oui	N (%)	52 (83,871)
Proposez-vous des consultations avant la consultation spécialisée?		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	9 (14,516)
Oui	N (%)	53 (85,484)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (1) [En quantité] - Insuffisante		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	16 (25,806)
Oui	N (%)	46 (74,194)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (1) [En quantité] - Suffisante		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	51 (82,258)
Oui	N (%)	11 (17,742)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (1) [En quantité] - Trop abondante		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	62 (100)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (1) [En quantité] - Non concerné(e)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	58 (93,548)
Oui	N (%)	4 (6,452)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (2) [En qualité] - Médiocre		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	32 (51,613)
Oui	N (%)	30 (48,387)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (2) [En qualité] - Correcte		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	46 (74,194)
Oui	N (%)	16 (25,806)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (2) [En qualité] - Bonne		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	55 (88,71)
Oui	N (%)	7 (11,29)

Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (2) [En qualité] - Non concerné(e)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	56 (90,323)
Oui	N (%)	6 (9,677)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (3) [Pour le délai d'obtention] - Tardif		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	31 (50)
Oui	N (%)	31 (50)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (3) [Pour le délai d'obtention] - En temps utile		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	58 (93,548)
Oui	N (%)	4 (6,452)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (3) [Pour le délai d'obtention] - Dépendant du médecin		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	42 (67,742)
Oui	N (%)	20 (32,258)
Comment qualifieriez-vous les informations du dossier médical qui vous sont transmises par les pédopsychiatres? (3) [Pour le délai d'obtention] - Non concerné(e)		
Toutes modalités	N (m.d. ; %)	62 (0 ; 0)
Non	N (%)	56 (90,323)
Oui	N (%)	6 (9,677)

Abstract

Title: Anorexia nervosa in children and adolescents in primary care: a practice survey with general practitioners and pediatricians in Gironde.

Background: The care pathway for patients with anorexia nervosa (AN) is long and complex with significant diagnostic and addressing delays. International recommendations support the earliest possible identification and specialist care.

Aim: Investigate current practices of identification, organization of care and exchanges with the child psychiatrist among primary care physicians (GPs and paediatricians), taking care of children and adolescents with AN, in Gironde.

Method: Descriptive transversal study, using an online questionnaire, validated by a panel of experts sent by email to 1625 doctors. Collection of data from November to June 2019.

Results: Identification in primary care suffers from lack of training of primary care practitioners. More than 90% of them would like to have access to a validated screening questionnaire for the paediatric population. Nearly 40% of practitioners involved in the follow-up of patients with AN report carrying and announcing the diagnosis, with no significant difference between them except for age. More than 9 out of 10 practitioners go to a child psychiatrist in a public hospital for about 70% of cases. More than 90% of the physicians surveyed do not receive the information from the medical file "in a timely manner", more than one practitioner out of three considers the quality "mediocre" and nearly 60% deplore an "insufficient" quantity.

Conclusion: This is the first descriptive study questioning the practices of GPs and paediatricians as well as their exchanges with child psychiatrists about anorexia nervosa in children and adolescents. The weight of representations of AN among GPs and paediatricians and the link with the management of this disease in primary care remain to be explored. The development of care networks, training activities and the development of screening tools should guide future research on child and adolescent AN.

Keywords: identification, addressing, anorexia nervosa, paediatrics, general practice, primary care

Résumé

Titre : Anorexie mentale de l'enfant et l'adolescent en soins primaires : une enquête de pratique auprès des pédiatres et médecins généralistes de Gironde.

Contexte : Le parcours de soins des patient(e)s atteint(e)s d'anorexie mentale (AM) est long et complexe avec des délais de diagnostic et d'adressage importants. Les recommandations internationales sont en faveur d'un repérage et d'une prise en charge spécialisée les plus précoces possibles.

Objectif : Enquêter sur les pratiques courantes de repérage, d'organisation des soins et les échanges avec le pédopsychiatre chez les médecins de premier recours (MG et pédiatres), prenant en charge des enfants et adolescents atteints d'AM, en Gironde.

Méthodes : Étude transversale descriptive, à l'aide d'un questionnaire en ligne, validé par un collège d'experts et adressé par mail à 1625 médecins. Recueil des données de novembre à juin 2019.

Résultats : Le repérage en soins primaires souffre du manque de formation des praticiens de premier recours. Plus de 90% d'entre eux souhaiteraient avoir accès à un questionnaire de dépistage validé pour la population pédiatrique. Près de 40% des praticiens impliqués dans le suivi de patient(e)s souffrant d'AM déclarent porter et annoncer le diagnostic, sans différence significative entre eux excepté l'âge. Plus de 9 praticiens sur 10 adressent vers un pédopsychiatre, dans un centre hospitalier public pour environ 70% des cas. Plus de 90% des médecins interrogés ne reçoivent pas les informations du dossier médical « en temps utile », plus d'un praticien sur trois juge la qualité « médiocre » et près de 60% déplorent une quantité « insuffisante ».

Discussion : Il s'agit de la première étude descriptive interrogeant les pratiques des MG et pédiatres de Gironde ainsi que leurs échanges avec les pédopsychiatres. Le développement des réseaux de soins, les actions de formation et l'élaboration d'outils de dépistage devraient guider les futurs travaux de recherche concernant l'AM de l'enfant et l'adolescent. Le poids des représentations de l'AM chez les MG et pédiatres et leur lien avec la prise en charge de cette maladie en soins primaires restent à explorer.

Mots clés : repérage, adressage, anorexie mentale, pédiatrie, médecine générale, soins primaires

Serment d'Hippocrate

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.
J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.
Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.
Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

ANOREXIE MENTALE DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT EN SOINS PRIMAIRES : UNE ENQUETE DE PRATIQUE AUPRES DES PEDIATRES ET MEDECINS GENERALISTES DE GIRONDE

Résumé : Le parcours de soins des patient(e)s atteint(e)s d'anorexie mentale (AM) est long et complexe avec des délais de diagnostic et d'adressage importants. Les recommandations internationales sont en faveur d'un repérage et d'une prise en charge spécialisée les plus précoces possibles.

Nous avions pour objectif d'enquêter sur les pratiques courantes de repérage, d'organisation des soins et les échanges avec le pédopsychiatre chez les médecins de premier recours (MG et pédiatres), prenant en charge des enfants et adolescents atteints d'AM, en Gironde.

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive, à l'aide d'un questionnaire en ligne, validé par un collège d'experts et adressé par mail par le CDOM de Gironde à 1625 médecins. Le recueil des données a duré 6 mois.

Le repérage en soins primaires souffre du manque de formation des praticiens de premier recours. Plus de 90% d'entre eux souhaiteraient avoir accès à un questionnaire de dépistage validé pour la population pédiatrique. Près de 40% des praticiens impliqués dans le suivi de patient(e)s souffrant d'AM déclarent porter et annoncer le diagnostic, sans différence significative entre eux excepté l'âge. Plus de 9 praticiens sur 10 adressent vers un pédopsychiatre, dans un centre hospitalier public pour environ 70% des cas. Plus de 90% des médecins interrogés ne reçoivent pas les informations du dossier médical « en temps utile », plus d'un praticien sur trois juge la qualité « médiocre » et près de 60% déplorent une quantité « insuffisante ».

Le développement des réseaux de soins, les actions de formation et l'élaboration d'outils de dépistage devraient guider les futurs travaux de recherche concernant l'AM de l'enfant et l'adolescent. Le poids des représentations de l'AM chez les MG et pédiatres et leur lien avec la prise en charge de cette maladie en soins primaires restent à explorer.

Mots clés : repérage, adressage, anorexie mentale, pédiatrie, médecine générale, soins primaires

Discipline : Psychiatrie

Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex