



**HAL**  
open science

# L'abord des troubles des conduites alimentaires : étude qualitative sur les représentations des médecins généralistes et les obstacles à l'abord des TCA en pratique de soins primaires

Jennifer Boyer

## ► To cite this version:

Jennifer Boyer. L'abord des troubles des conduites alimentaires : étude qualitative sur les représentations des médecins généralistes et les obstacles à l'abord des TCA en pratique de soins primaires. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02510529

**HAL Id: dumas-02510529**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02510529>**

Submitted on 17 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.

**U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES**

Année 2019

Thèse n°171

THESE POUR L'OBTENTION DU  
**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par Jennifer BOYER

Née le 13/01/1988 à Pessac

Le 23 octobre 2019

**L'abord des troubles des conduites alimentaires :**  
**Etude qualitative sur les représentations des médecins généralistes et les**  
**obstacles à l'abord des TCA en pratique de soins primaires**

Sous la direction du Docteur Camille LEVEQUE

Membres du jury :

Professeure Marie TOURNIER  
Professeur Philippe CASTERA  
Professeure Mélina FATSEAS  
Docteur Xavier POMMEREAU  
Docteur Camille LEVEQUE

Présidente  
Rapporteur  
Jury  
Jury  
Directrice de thèse

# Table des matières

<b>Liste des tableaux et des figures .....</b>	<b>3</b>
<b>Liste des abréviations .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Introduction générale .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Rappel des définitions.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 L'anorexie mentale .....	5
1.1.2 La boulimie nerveuse.....	5
1.1.3 L'hyperphagie boulimique .....	5
1.1.4 Les OSFED .....	6
<b>1.2 Principaux TCA dans le monde et morbi-mortalité .....</b>	<b>6</b>
1.2.1 L'anorexie mentale .....	6
1.2.2 La boulimie nerveuse.....	7
1.2.3 L'hyperphagie boulimique .....	7
<b>1.3 Repérage et soins primaires .....</b>	<b>7</b>
<b>1.4 Justification du travail.....</b>	<b>7</b>
<b>1.5 Référence de l'introduction générale .....</b>	<b>8</b>
<b>2 Article – L'abord des TCA : étude qualitative sur les représentations des médecins généralistes et les obstacles à l'abord des TCA en pratique de soins primaires .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Introduction.....</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Matériel et méthode.....</b>	<b>10</b>
<b>2.3 Résultats.....</b>	<b>11</b>
Caractéristiques de l'échantillon .....	11
2.3.1 Les représentations des médecins généralistes .....	12
2.3.2 L'abord en pratique .....	15
2.3.3 Les obstacles.....	17
2.3.4 Des pistes d'amélioration .....	19
2.3.4 Des pistes d'amélioration .....	19
<b>2.4 Discussion .....</b>	<b>20</b>
<b>2.5 Conclusion .....</b>	<b>22</b>
<b>3 Résumé.....</b>	<b>23</b>
<b>4 Abstract .....</b>	<b>24</b>
<b>5 Références.....</b>	<b>25</b>
<b>6 Annexes.....</b>	<b>28</b>
<b>6.1 Annexe 1 : Guide d'entretien .....</b>	<b>28</b>
<b>6.2 Annexe 2 : Note d'information.....</b>	<b>29</b>
<b>6.3 Annexe 3 : Questionnaire SCOFF-F .....</b>	<b>30</b>
<b>7 Serment d'Hippocrate.....</b>	<b>31</b>

## Liste des tableaux et des figures

Tableau 1 : caractéristiques de l'échantillon.....	11
Figure 1 : Représentations des TCA pour les médecins généralistes .....	14
Figure 2 : Aborder les TCA en pratique, la vision du médecin généraliste.....	16
Figure 3 : les obstacles à l'abord des TCA en soins primaires .....	18

## Liste des abréviations

BED : Binge Eating Disorder

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders

HAS : Haute Autorité de Santé

HB : Hyperphagie Boulimique

IMC : Indice de Masse Corporelle

MG : Médecins Généralistes

OSFED : Other Specified Feeding and Eating Disorders

PMZ : Pas Mis Zéro

RPIB : Repérage Précoce Intervention Rapide

SCOFF-F : version française du SCOFF

SMR : Standardized Mortality Rate

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires

TCA-NS : Troubles des Conduites Alimentaires Non Spécifiés

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

# 1 Introduction générale

## 1.1 Rappel des définitions

Selon le DSM-5, les troubles des conduites alimentaires (TCA) regroupent trois entités pathologiques différentes, chacune avec ses critères diagnostiques spécifiques :

- L'anorexie mentale
- La boulimie nerveuse
- L'hyperphagie boulimique (ou Binge Eating Disorder)

### 1.1.1 L'anorexie mentale

L'anorexie mentale est définie par trois grands critères :

- Une restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas, soit un IMC < 18,5 chez les adultes, selon les courbes d'IMC pour les adolescents
- Une peur intense de prendre du poids et de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale
- Une altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), une faible estime de soi (influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle), ou un manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

Il existe deux sous-types d'anorexie mentale. Le premier, dit restrictif, est caractérisé par une perte de poids lors des 3 derniers mois secondaire à un régime, un jeûne et/ou une activité physique excessive.

Le second, dit purgatif, est qualifié par l'existence d'épisodes hyperphagiques récurrents avec vomissements provoqués ou comportements purgatifs.

### 1.1.2 La boulimie nerveuse

La boulimie nerveuse consiste en la survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée (prises alimentaires de quantité démesurée sur une durée de moins de deux heures) au moins une fois par semaine pendant trois mois, associés à la mise en œuvre de comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids (sans forcément survenir dans le cadre d'une anorexie mentale).

Ces épisodes sont associés à une estime de soi perturbée de manière excessive par la forme du corps et le poids.

### 1.1.3 L'hyperphagie boulimique

L'hyperphagie boulimique se diagnostique sur la survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée au moins une fois par semaine pendant trois mois consécutifs, occasionnant une

détresse marquée, sans comportements compensatoires inappropriés. Ces épisodes sont décrits selon au moins trois de ces critères : une prise alimentaire beaucoup plus rapide que la normale, une prise alimentaire jusqu'à éprouver une sensation de distension abdominale désagréable, une prise solitaire en lien avec une gêne occasionnée par la quantité, un dégoût de soi-même, une culpabilisation ou un sentiment dépressif.

Cette entité pathologique n'a fait son apparition à part entière dans le DSM qu'à l'occasion de sa dernière version, publiée initialement en 2013. Il était préalablement classé dans les TCA non spécifiés (TCA-NS).

#### 1.1.4 Les OSFED

Les Other Specified Feeding and Eating Disorders (OSFED) ont remplacé les TCA non spécifiés (TCA-NS) du DSM IV. Ils comprennent maintenant :

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

### 1.2 Principaux TCA dans le monde et morbi-mortalité

Au niveau européen, on rapporte une prévalence de l'anorexie mentale à 0,48% dans une population majeure, contre 0,51% pour la boulimie nerveuse et 1,12% pour le BED. Elle serait entre trois et huit fois plus importante chez les femmes. (2) Les TCA concerneraient 13% des adolescents (3) et 42,6% des filles de 12 à 17 ans présenteraient plus généralement des troubles de la perception du corps (4).

#### 1.2.1 L'anorexie mentale

Selon l'HAS, la prévalence de l'anorexie mentale en France est évaluée entre 0,9 et 1,5%. (5) La mortalité en lien avec cette pathologie est estimée à 5% (6) avec deux causes principales : les conséquences de la sous-alimentation et le suicide. Ce taux de mortalité est parmi les plus élevés concernant les pathologies psychiatriques (7), avec un SMR (Standardized Mortality Rate) estimé à 5,86 (8).

Les recommandations françaises préconisent un dépistage ciblé de l'anorexie mentale, en dehors des signes cliniques d'appel, auprès d'un large échantillon de la population incluant les adolescentes, les femmes jeunes, les mannequins, les danseurs et autres sportifs de haut niveau et les patients atteints de pathologies nécessitant un régime (diabète, dyslipidémies) (5).

## 1.2.2 La boulimie nerveuse

La durée d'évolution de la boulimie nerveuse est, en moyenne, de 8 ans. On lui reconnaît des complications multiples, prédominant au niveau cardiaque, gastro-intestinal et dentaire et sa mortalité est deux fois plus importante que la population générale du même âge (9).

## 1.2.3 L'hyperphagie boulimique

C'est le plus fréquent des TCA. Elle atteint, au cours d'une vie 1,9% des françaises et 0,3% des européennes (2).

Elle est responsable de 50% des obésités morbides aux USA (10), avec des conséquences évidentes en termes de santé somatique, principalement cardio-vasculaire, et d'une qualité de vie globalement moins bonne que la population générale (11).

## 1.3 Repérage et soins primaires

Le repérage précoce des pathologies requérant une intervention rapide est un des rôles du médecin généraliste définis par la WONCA (12).

Le pronostic de l'anorexie mentale étant favorisé par un délai court entre l'apparition des symptômes et la prise en charge, son repérage semble bien entrer dans le champ de la médecine générale (13).

En ce sens, l'HAS recommande un repérage et une prise en charge précoces de l'anorexie mentale dans le but d'en prévenir la chronicisation et les complications somatiques, psychiatriques et psychosociales (5). Pourtant, un patient sur deux n'est pas diagnostiqué en soins ambulatoires (14).

Il n'existe pas encore de recommandations formelles concernant le repérage de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique en soins primaires. Des recommandations de bonne pratique devraient voir le jour suite à une note de recadrage de l'HAS de 2015 (15). A l'heure actuelle, on estime que plus de la moitié des patients souffrant de ces pathologies ne sont pas soignés pour leur trouble (16).

Plusieurs études européennes mettent globalement en évidence une insuffisance de repérage des TCA : moins de 50% des TCA sont dépistés en soins primaires en Grande-Bretagne (17) et l'étude française Normanut 3 met en évidence que seuls 25% des patients susceptibles d'en souffrir sont dépistés par leur médecin traitant (18).

## 1.4 Justification du travail

De nombreuses études se sont penchées sur l'épidémiologie des TCA et sur l'impact du médecin généraliste dans le pronostic via le dépistage.

Pourtant, peu de travaux se sont intéressés aux raisons de ce défaut de repérage en soins primaires.



J'ai donc choisi d'explorer les représentations des médecins généralistes et la façon dont sont abordés les TCA dans leur pratique afin de comprendre les obstacles à leur repérage en soins primaires.

## 1.5 Référence de l'introduction générale

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th edition). Washington: APA ; 2013.
2. Preti A, Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, Graaf R, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMed-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*. 2009;43(14):1125-32.
3. Mairs R, Nicholls D. Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child*. 2016; 101(12):1168-1175.
4. 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 Journal of Epidemiology*. 2013;03(02):53-61.
5. HAS. Anorexie mentale: prise en charge [Internet]. 2010 [Consulté le 12/05/2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge)
6. Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. Identification and treatment of Eating Disorders in the Primary Care Setting. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(8):746-751.
7. Katzman DK. Medical complications in adolescents with anorexia nervosa, a review of the literature. *Int J Eat Disord*. 2005;37:52-59.
8. American Medical Association. Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):724-31
9. Mehler PS, Rylander M. Bulimia Nervosa-medical complications. *J Eat Disord*. 2015;3:12.
10. Sheehan DV, Herman BK. The Psychological and Medical Factors with Untreated Binge Eating Disorder. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2015;17:2.
11. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician*. 2003;67(2):297-304.
12. WONCA. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille [Internet]. 2002 [Consulté le 03/06/2019]. Disponible sur : <https://www.woncaeurope.org/content/france-la-definition-europeenne-de-la-medecine-generale-%E2%80%93-medecine-de-famille>
13. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20<sup>th</sup> century. *Am J Psychiatry*. 2002 ;159(8):1284-93.
14. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1259-65.
15. HAS. Boulimie et hyperphagie boulimique. Repérage et éléments généraux de prise en charge-Note de cadrage [Internet]. 2015 [Consulté le 06/06/2018]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elements-generaux-de-prise-en-charge-note-de-cadrage](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elements-generaux-de-prise-en-charge-note-de-cadrage)
16. Flahavan C. Detection, assessment and management of eating disorders; how involved are GPs? *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2006;23(3):96-9.

17. National Collaborating Centre for Mental Health. Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. Leicester: British Psychological Society; 2004.
18. Aubry L, Guérin O, Michelot F. Enquête de prévalence des troubles nutritionnels dans la population consultant en médecine générale en Haute-Normandie. Rouen : Observatoire régional de la santé et du social ; 2016.

## 2 Article – L’abord des TCA : étude qualitative sur les représentations des médecins généralistes et les obstacles à l’abord des TCA en pratique de soins primaires

### 2.1 Introduction

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) englobent trois entités pathologiques distinctes : l’anorexie mentale, la boulimie nerveuse et l’hyperphagie boulimique (HB) (1).

La prévalence vie entière tous TCA confondus est estimée entre 0,6 et 4,5% (2), avec un âge de survenue médian entre 18 et 21 ans (3) et elle atteint 13% des adolescents si l’on englobe les formes sub-syndromiques (4).

Ces TCA peuvent avoir un pronostic défavorable. L’anorexie mentale fait partie des pathologies psychiatriques les plus sévères, avec une mortalité à 5% (5). Les comorbidités psychiatriques, principalement troubles de l’humeur et troubles anxieux, sont fréquentes puisqu’elles concernent 56,2% des anorexiques, 94,5% des boulimiques et 78,9% des HB (2). Présenter un TCA multiplie par cinq à six le risque suicidaire (6).

Les recommandations identifient le médecin généraliste comme acteur principal du dépistage de ces troubles dont le repérage et le traitement précoces améliorent le pronostic (2, 7, 8, 9).

Cependant, la littérature a mis en évidence à plusieurs reprises un sous-repérage des TCA : moins de 50% des patients sont dépistés (8, 10, 11) alors qu’ils consultent plus fréquemment leur médecin traitant que les personnes du même âge ne souffrant pas de TCA (8).

L’objectif de cette étude était d’explorer les représentations et difficultés ressenties par les médecins généralistes à l’abord des TCA en pratique de soins ambulatoires.

### 2.2 Matériel et méthode

Il s’agissait d’une étude qualitative exploratoire menée par une chercheuse formée auprès de médecins généralistes exerçant en ambulatoire. La technique d’entretien de groupe a été choisie pour la dynamique de groupe qu’elle insuffle aux discussions et la diversité d’expériences et d’opinions qu’elle fait émerger (12).

Le recrutement s’est fait par téléphone via le réseau de la chercheuse puis par effet « boule de neige ». L’échantillon a été raisonné et ciblé selon l’âge, le sexe, le mode d’exercice (remplaçant ou installé) et le lieu d’exercice.

Le guide d’entretien semi dirigé (*Annexe 1*) a été rédigé en amont par l’investigatrice et la directrice de recherche, puis modifié afin de mieux répondre à la question de recherche.

Les focus groups ont été réalisés après une courte présentation du contexte de la recherche et en présence d’un animateur tiers. Ils se sont déroulés dans des lieux variés laissés au choix des participants.

La saturation des données a été définie par deux focus groups successifs n’apportant pas d’idée nouvelle.

Chaque séance a été enregistrée par dictaphone et téléphone portable, après accord des participants, puis retranscrit mot-à-mot de façon objective. Les caractéristiques des

participants ont été anonymisées et notées à part, chacun a été défini par une lettre et un chiffre.

Les retranscriptions ont ensuite été retournées aux médecins généralistes interrogés à la recherche de corrections afin qu'ils puissent y apporter des précisions.

Les verbatims obtenus ont été analysés par théorisation ancrée en plusieurs étapes :

- Un codage ouvert avec attribution d'étiquettes sous formes de propriétés via la création d'un livre de codes
- Un codage axial conduisant à l'émergence de catégories
- Un codage sélectif permettant de schématiser ces catégories et leurs interactions afin d'en obtenir une modélisation

Une triangulation des données a été réalisée avec un double codage par l'investigatrice et la directrice de recherche.

Ce travail de thèse a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL et était classé hors champ de la loi Jardé.

## 2.3 Résultats

### Caractéristiques de l'échantillon

Le recueil de données a été effectué entre le 06 Juin 2018 et le 02 Mai 2019 en Gironde, dans les Landes et dans les Pyrénées Atlantiques. Cinq groupes ont été nécessaires pour atteindre la saturation des données, soit 23 médecins généralistes interrogés au total. Trois médecins ayant donné leur accord ne se sont pas présentés le jour de l'entretien.

Les enregistrements ont duré entre 54 et 75 minutes, avec une durée moyenne de 60 minutes. Le nombre moyen d'années d'exercice des médecins interrogés était de 7 ans.

Tableau 1 : caractéristiques de l'échantillon

MG	Sexe	Tranche d'âge	Mode d'exercice	Département d'exercice
<b>A1</b>	M	> 45 ans	Installé	Landes
<b>B1</b>	F	35-45 ans	Installé	Landes
<b>C1</b>	F	> 45 ans	Installé	Landes
<b>A2</b>	F	25-35 ans	Remplaçant	Pyrénées Atlantiques
<b>B2</b>	F	25-35 ans	Remplaçant	Pyrénées Atlantiques
<b>C2</b>	M	25-35 ans	Remplaçant	Pyrénées Atlantiques
<b>D2</b>	M	25-35 ans	Remplaçant	Pyrénées Atlantiques
<b>A3</b>	M	25-35 ans	Installé	Gironde
<b>B3</b>	F	25-35 ans	Remplaçant	Gironde
<b>C3</b>	M	25-35 ans	Installé	Gironde
<b>D3</b>	F	25-35 ans	Remplaçant	Gironde
<b>E3</b>	M	> 45 ans	Installé	Gironde
<b>A4</b>	M	35-45 ans	Installé	Landes
<b>B4</b>	F	25-35 ans	Installé	Landes
<b>C4</b>	M	35-45 ans	Installé	Landes
<b>D4</b>	M	35-45 ans	Installé	Landes
<b>E4</b>	F	35-45 ans	Installé	Landes
<b>A5</b>	M	25-35 ans	Installé	Pyrénées Atlantiques
<b>B5</b>	M	25-35 ans	Remplaçant	Pyrénées Atlantiques
<b>C5</b>	M	25-35 ans	Remplaçant	Pyrénées Atlantiques
<b>D5</b>	M	25-35 ans	Remplaçant	Pyrénées Atlantiques
<b>E5</b>	F	25-35 ans	Remplaçant	Pyrénées Atlantiques
<b>F5</b>	F	25-35 ans	Remplaçant	Pyrénées Atlantiques

### 2.3.1 Les représentations des médecins généralistes

#### L'anorexie au premier plan, l'hyperphagie boulimique méconnue

Lors de l'évocation des TCA, l'anorexie était systématiquement mise au premier plan et restait la pathologie la plus évoquée au cours des discussions : « *Moi je pense en premier au type anorexie.* » (A2)

A contrario, l'hyperphagie boulimique n'a jamais été citée spontanément, seul un médecin en connaissait l'existence.

Cependant, lorsque la définition était donnée par l'investigatrice, il était aisé pour certains d'entre eux d'y reconnaître des patients : « *Et ça on a tous eu des patients comme ça.* » (C3).

## L'obésité : un TCA à part entière ?

Lors du premier focus group, la discussion avait longuement digressé sur le sujet de l'obésité, le guide d'entretien a donc été modifié *a posteriori* afin de recentrer la discussion sur les TCA. L'obésité restait malgré tout évoquée systématiquement et semblait donc être un TCA pour les médecins généralistes interrogés : « *J'allais dire obésité parce que j'ai des patients qui sont plus sur l'obésité moi.* » (A3) ; « *Par exemple quelqu'un qui est euh... obèse, qui mange trop. Tu le mets dans la catégorie ou pas ?* » (A2).

## Des pathologies rares mais graves

Globalement, les TCA étaient peu rencontrés en pratique ambulatoire : « *Moi ça fait longtemps que j'ai pas vu de TCA dans ma pratique.* » (E5).

L'anorexie était particulièrement marquée par cette faible prévalence, jusqu'à une absence de cas dans la patientèle : « *Moi, non, j'ai pas de patients, j'ai pas connu l'anorexie de près ou de loin, je... J'avoue que ça non.* » (A3).

La boulimie et le BED semblaient être rencontrés plus fréquemment : « *Là, je me suis amusé à regarder avant de venir, je sais pas, je dois avoir une trentaine de patients hyperphagiques ou boulimiques.* » (A5).

Le pronostic des TCA était fréquemment sombre pour les médecins interrogés, en particulier concernant l'anorexie. Les tableaux graves étaient souvent évoqués, fréquemment rencontrés pendant le cursus universitaire hospitalier : « *Moi, ça m'avait choqué, mon premier contact avec l'anorexie, c'était en réanimation.* » (B3)

## Des pathologies féminines

A l'évocation de patients connus ou hypothétiques, l'emploi du pronom « elle » était quasi-systématique : « *Sociétalement, l'anorexie, c'est un problème de femmes* » (C3) ; « *On emploie toujours « elle », hein.* » (B5).

## Un seuil normal-pathologique difficile à définir

Le repérage des TCA était le plus souvent visuel, sur la silhouette ou sur le poids : « *On va pas demander forcément à quelqu'un qui a pas de problème de poids, on va pas lui poser la question.* » (B4).

Toutefois, les médecins avaient bien conscience qu'il ne s'agissait d'un critère ni suffisant ni indispensable au diagnostic des TCA : « *On peut être mince mais... Mais sans forcément être malade.* » (B1).

La boulimie, notamment, n'était pas à portée de ce diagnostic visuel : « *Pour la boulimie, c'est plus dur.* » (D2).

Le diagnostic dépendait davantage, selon les médecins, des conséquences du trouble que de la conduite alimentaire en elle-même : « *Et puis surtout, bah, le retentissement qu'ils ont sur leur vie quotidienne, quoi. Sociétal, personnel.* » (B5).

Ce seuil flou entre normal et pathologique faisait se questionner les médecins : les TCA sont-ils une entité pathologique à part entière ou le symptôme d'un autre trouble ? « (...) *c'est un peu l'œuf ou la poule, tu vois. Est-ce que c'est un symptôme ? Est-ce que c'est la maladie ?* » (C5).

Ce flou devenait pour certains une source d'anxiété car ils craignaient de faire un diagnostic par excès inutile voire préjudiciable pour leur patient : « (...) *est-ce que juste, ça fait penser à des gens qui sont dans une variante de la normale, en leur collant un trouble de type anorexique, est-ce qu'on risque pas de créer un problème par rapport à l'alimentation ? De surmédicaliser en fait une pathologie marginale, un état borderline on va dire.* » (D4).

### Un patient difficile à comorbidités psychiatriques

Le patient souffrant de TCA était souvent ressenti comme difficile par les médecins généralistes : « *Mais souvent, au lieu de te dire « elle est chiante », tu pourrais te dire... Mince, elle est psy !* » (B2).

Ils soulignaient également l'importance des comorbidités psychiatriques, qui pouvaient encore complexifier le tableau : « *Je veux pas faire de généralités mais dans trois quarts des patients, ils ont des comorbidités psychiatriques.* » (A5).

La propension au déni, voire à la dissimulation volontaire ou au mensonge, de ces patients majoraient la difficulté du repérage et de la prise en charge des troubles : « *Mais du coup, il nous menait complètement en bateau en fait, il nous retournait complètement la tête.* » (D3) ; « *Tant qu'il y a un déni, tu retardes le moment où tu vas changer quelque chose.* » (E3) ; « *Et alors là, si le patient a le déni de son trouble, pfiou... Faut s'accrocher, quoi.* » (C3).

### Le rapprochement à l'addictologie

Certains médecins généralistes comparaient les TCA aux troubles addictifs.

Ils évoquaient en effet une similarité tant dans le mécanisme « *Ca peut faire penser un peu à l'addiction aussi enfin ça peut... avoir des petites similitudes là-dedans. Dans la perte de contrôle, dans le fait de pas pouvoir s'empêcher de faire les choses, de... Que ce soit répétitif, qu'il y ait rechute.* » (D3) que dans la difficulté ressentie à aborder ces pathologies en consultation : « *C'est le même problème, tu sais, que t'as par rapport à l'alcool. On a toujours peur de dire aux gens qu'ils boivent trop alors qu'au contraire, faut leur dire parce que tant qu'il y a un déni, tu retardes le moment où tu vas changer quelque chose.* » (E3)

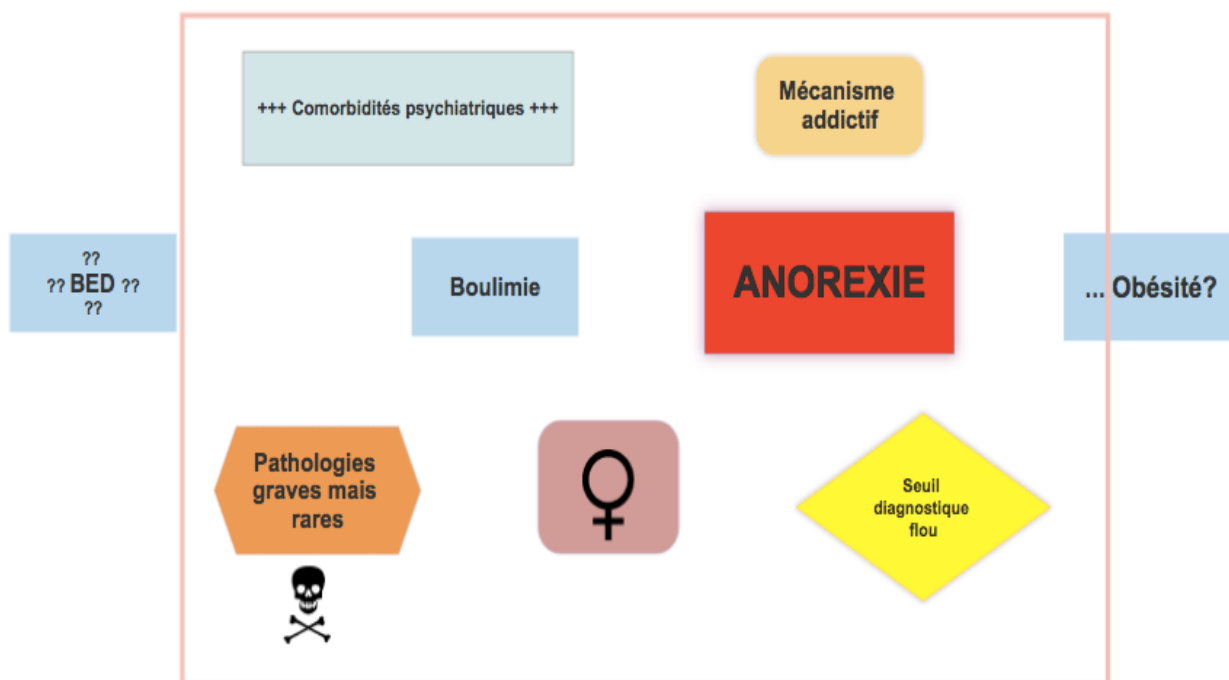


Figure 1 : Représentations des TCA pour les médecins généralistes

### 2.3.2 L'abord en pratique

#### Trouver un abord adapté

Les médecins étaient indécis sur la façon la plus adaptée d'aborder les TCA : certains privilégiaient un abord frontal : « *J'essaye de dire les choses le plus simplement, le plus naturellement possible. De façon franche.* » (C4) alors que d'autres utilisaient plutôt un interrogatoire dilué : « *Plutôt d'essayer de noyer peut-être les questions dans d'autres questions plus larges.* » (B1) ou via un questionnement sur l'image corporelle : « *Je poserais des questions plutôt ouvertes en demandant « qu'est-ce que vous pensez de » et « qu'est-ce qu'on a dit de vous ». « Que dit votre entourage par rapport à ? » » (A3).*

Les médecins soulignaient aussi que les TCA n'étaient qu'exceptionnellement le motif de consultation, rendant leur abord encore plus délicat : « *Parce qu'après, souvent, quand les gens viennent pour un rhume ou un autre motif de consultation euh... C'est pas toujours évident.* » (C1).

#### Un dépistage chronophage

Aborder les TCA en consultation semblait trop chronophage : « *Le truc, c'est que ça prend un temps... Monstrueux !* » (C4), au risque de se répercuter sur la journée du médecin généraliste : « *Tu te dis, attends, mais y a peut-être un truc avec le poids, attends si là je l'aborde, je suis repartie pour une demi-heure, j'ai une demi-heure de retard, ce sera la prochaine fois.* » (A2).



## Un sentiment de manque de compétences en communication et en psychologie

La majeure partie de notre échantillon, jeunes médecins généralistes, dénonçait une formation axée principalement sur l'Examen Classant National, peu versée vers le côté pratique et humain: « *Et dans nos études médicales, au lieu de nous faire apprendre l'anorexie et la boulimie en PMZ/mots-clés... Si au lieu de nous apprendre ça comme ça, on nous fasse les amphis de face à face « ben voilà, vous êtes en face d'une patiente que vous soupçonnez d'être anorexique... » » (B3) ; « C'est ça, on t'apprend pas l'être humain, quoi. Etre humain et savoir interagir avec un humain. » (C3).*

Ils regrettaient de ne pas être suffisamment formés en sciences humaines et sociales, en particulier à la psychologie et à la communication qui leur semblaient être des compétences essentielles à leur exercice : « *C'est du travail de psychologue quoi. [...] Nous on fait de la psychologie de... De bricolage. » (C1).*

## Des outils inutilisés

Les médecins généralistes ne connaissaient pas d'outils pour faciliter le dépistage des TCA : « *C'est des questionnaires qui existent ? » (B5) et peu d'entre eux étaient enclins à en utiliser dans leur pratique quotidienne : « Même s'il existait, je sais pas si je l'utiliserais. » (B3).*

## Le paradoxe remplaçant-installé

Le fait d'être installé, médecin traitant du patient, était pour certains un facteur facilitateur du repérage des TCA, permettant un abord progressif sur plusieurs consultations : « *Quand on connaît les gens euh... On arrive toujours au fur et à mesure à comprendre le fonctionnement [...], à avoir un regard sur les problèmes. » (C1) ; « C'est vrai quand tu connais la famille, c'est pour ça que c'est très bien d'être un médecin de famille. Au bout d'un moment, pas au premier abord mais au bout d'un moment, tu commences à connaître le contexte familial et les perturbations de chacun. Et voilà, donc ça c'est plus facile quand on a cette notion-là. » (C3).* Toutefois, la peur de paraître trop intrusif et de blesser leur patient les préoccupait : « *Aborder ça avec des gens que tu connais bien, c'est pas facile non plus. » (B3) ; « Ils peuvent mal le vivre. » (B1).*

Les patients pouvaient aussi, selon les médecins, ressentir cette relation suivie comme un frein : « *Quand on connaît des patients depuis vingt, trente ans, c'est pas mon cas encore, mais quand on connaît les patients pendant longtemps, on a plus de mal à dire des choses. Je vous parle de ça parce que j'ai des patients qui sont venus me voir parce que, vous comprenez, mon autre médecin traitant, on se tutoie, il connaît mes filles, il connaît tout le monde, il est déjà venu manger à la maison, mais quand on parle, on parle de tout sauf de mes problèmes. » (C3).*

Pour les autres, la rencontre ponctuelle du remplaçant avec le patient, dénuée de passif, facilitait l'abord de ces sujets intimes : « *T'es en même temps pas forcément bien placée pour le dire, et en même temps, tu t'en fous, donc tu peux... Tu peux brusquer. » (B3) ; « Et paradoxalement, un inconnu peut aussi être une oreille plus précieuse pour le patient, qui a le même médecin de famille que sa mère... » (C5).*

Certains rapportaient cependant un sentiment d'illégitimité à aborder les TCA : « *Ouais, c'est un peu ça. Quand t'es remplaçant, c'est délicat d'aller sur des terrains glissants. Tu te sens pas vraiment légitime en fait.* » (C5).

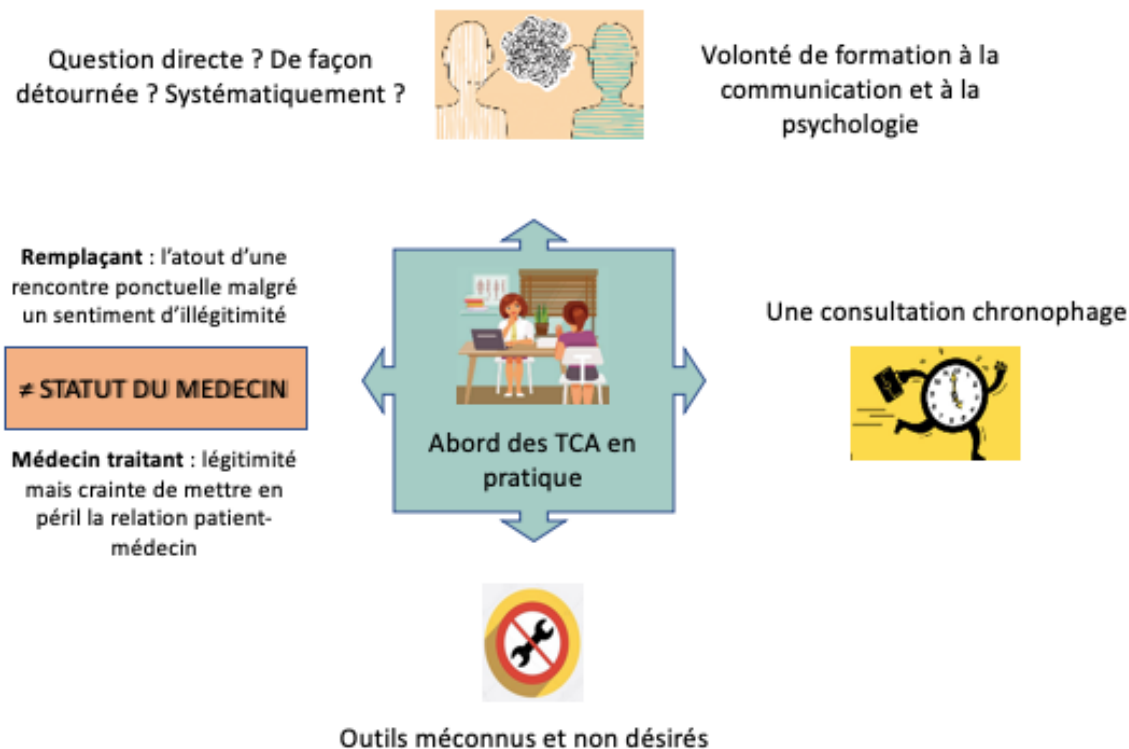


Figure 2 : Aborder les TCA en pratique, la vision du médecin généraliste

### 2.3.3 Les obstacles

#### Une mise en péril de la relation médecin-patient

Les médecins généralistes avaient l'impression qu'aborder les TCA avec leur patient pouvait être blessant : « *Parce que ça touche le physique. Enfin... C'est à nous de l'aborder clairement, en tant que médecins, mais ça touche vraiment le physique donc t'as peur que le patient le prenne, réagisse mal, je trouve.* » (F5) ; « *(...) les patients que tu connais depuis un moment, t'as pas envie de les blesser...* » (D2). Ils craignaient de mettre en péril la relation qu'ils avaient tissée avec eux : « *(...) quand t'as une bonne relation avec un patient, t'as peur de l'étioler quoi, de l'abîmer* » (B3).

Aborder les TCA sans paraître jugeant ou blessant constituait un véritable défi : « *Je savais pas comment faire autrement pour lui faire aborder les problèmes du poids. Sans que... Pour pas faire un jugement, en fait.* » (B3).

Un médecin évoquait même le départ d'une de ses patientes à l'annonce du diagnostic : « *(...) quand on lui a vraiment mis sous les yeux noir sur blanc « anorexie » ... Elle a changé de médecin. Voilà.* » (C1).

Les comportements alimentaires étaient perçus par les médecins généralistes comme relevant de la sphère intime du patient : « *Tu peux pas enfin... ce truc là c'est vrai que c'est intime.* » (C3)  
L'abord des TCA était comparé à celui de la sexualité : « *C'est comme, dans un autre sujet hein, j'ai des patients qui sont homosexuels qui ne me l'ont pas encore dit et je le sais. J'ai du mal à leur dire...* » (E3).

Par peur d'être trop intrusifs, beaucoup préféraient éviter d'aborder le sujet : « *Bon ben j'ai laissé couler, je l'ai pas embêtée.* » (A3).

### Des médecins généralistes pessimistes et démunis

Les médecins généralistes étaient globalement pessimistes sur l'évolution des TCA : « *Ils ont beau faire des psychothérapies d'inspirations différentes, ça traîne et ils arrivent à la cinquantaine, ils sont toujours obèses, euh, voilà. Un truc un peu difficile de se dépêtrer.* » (A3) ; « *C'est des taux faibles. La guérison-guérison de l'anorexie, c'est faible. C'est 4 ou 5%.* » (C5).

La plupart doutait de l'efficacité de leur prise en charge : « *On est déjà un peu défaitiste, quoi.* » (E4). Ceci s'expliquait parfois par une expérience passée : « *Je sais pas si vous avez réussi à libérer et guérir beaucoup de patients des troubles alimentaires mais... Ah non. Moi je suis à zéro.* » (B3) ou par un manque de confiance en leurs compétences : « *Et j'ai l'impression que si y a que moi qui les prends en charge, y a une sorte de perte de chance sur le long terme pour eux, quoi.* » (A5).

S'ils dépistaient les patients, ils se sentaient souvent démunis dans la prise en charge : « *Poser les questions, c'est bien. Mais qu'est-ce que je vais en faire derrière ?* » (A1) ; « *C'est ça, si on me répond, je vais en faire quoi ?* » (B3) ; « *Mais c'est que y a pas de recette qui marche !* » (C4). Elle n'était pas évidente à leurs yeux : « *Parce que, ben oui, c'est difficile, c'est surtout moins évident que prendre en charge un infarctus, qu'un problème organique qui est connu, qui est protocolisé.* » (C4)

Deux focus groups ont utilisé la même expression pour illustrer l'abord des TCA : « *Moi je pense qu'il y a un gros effet boîte de Pandore. Ça doit être la raison numéro un.* » (C3) ; « *C'est clairement la boîte de Pandore psychiatrique que t'ouvres.* » (A5).

### Une carence de réseau

Le manque de ressources et de réseaux d'aval identifiés accentuait le sentiment d'impuissance des médecins : s'ils s'accordaient sur l'aspect pluridisciplinaire de la prise en charge des TCA : « *Tu peux pas les prendre en charge tout seul au cabinet.* » (F5), ils éprouvaient des difficultés pour savoir où orienter leurs patients : « *Et puis les psychologues sont... devraient être là pour effectivement nous aider mais bon, ici, sur le secteur, on est un peu démuni.* » (C1) ; « *(...) si quelqu'un genre diagnostique une anorexie qui a besoin de se faire aider et qui est d'accord, j'aurais même pas un nom de psychiatre à lui donner.* » (C5).

## Une défiance vis-à-vis de la prise en charge psychiatrique

Faire accepter une prise en charge psychiatrique aux patients était aussi décrit comme un obstacle : « Après y a les dépister, avoir l'idée du truc et réussir à, si vraiment on a une suspicion, réussir à leur faire accepter d'intégrer une filière psychiatrique. » (D2).

Les médecins avaient le sentiment que les patients étaient réticents et dans le refus d'une prise en charge psychiatrique : « Bien sûr, on essaye de leur dire d'aller vers des psychologues, mais ils veulent pas, enfin... Souvent, c'est... C'est assez compliqué. » (E4) ; « C'est qu'en plus, déjà il faut leur faire accepter qu'il y a un trouble et en plus, il faut faire accepter qu'il y a besoin d'un suivi psychiatrique. Le mot psy en cabinet, en consultation... » (C5).

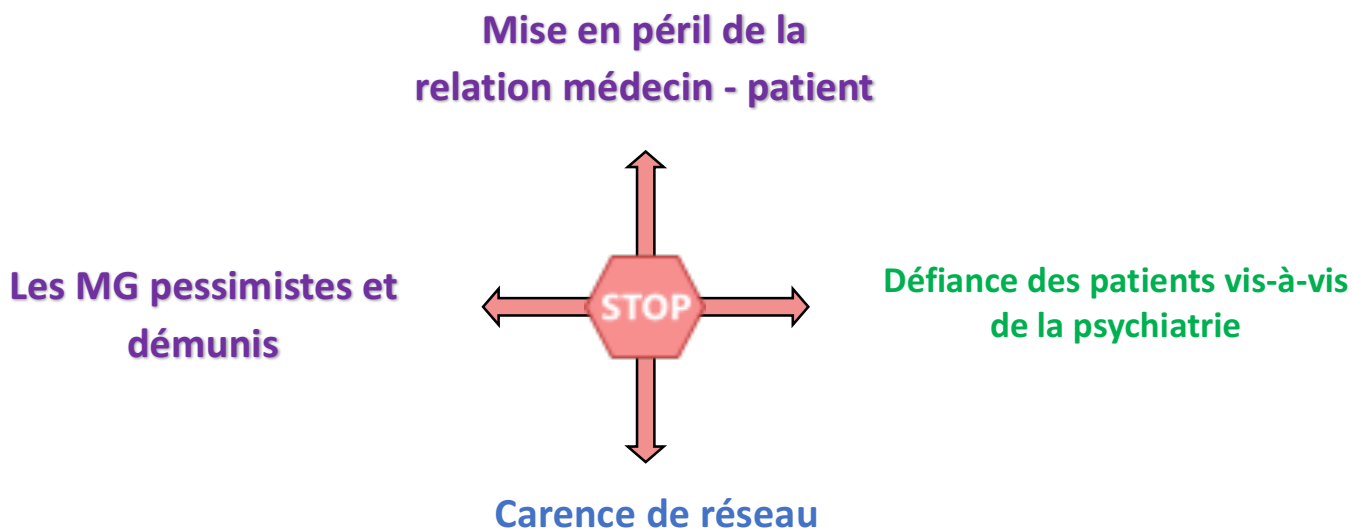


Figure 3 : les obstacles à l'abord des TCA en soins primaires

### 2.3.4 Des pistes d'amélioration

Les médecins généralistes évoquaient différentes pistes qui pourraient, à leurs yeux, faciliter le dépistage et l'abord des TCA :

- La mise en place d'une consultation obligatoire de dépistage consacrée aux adolescents : « Ouais mais tu fais quoi, tu poses systématiquement à tous les ados de seize ans ? Mais pourquoi pas ! » (D2)
- L'utilisation de la salle d'attente comme outil de sensibilisation : : « Moi je pense que ça serait bien d'avoir des trucs dans les salles d'attente. D'avoir des posters avec des phrases choc tu vois genre... « J'ai encore sauté un repas » ou alors « j'espère que ça va pas se voir que j'ai encore perdu trois kilos » ou « je me suis encore fait vomir », « de toute façon je suis trop grosse, ma vie c'est de la merde ». J'en sais rien mais des phrases-choc entre guillemets avec écrit dessous « l'anorexie est une maladie, n'hésitez pas à en parler à votre médecin traitant. » » (B3)
- La formalisation d'un réseau de prise en charge spécifique gratuit : « Des consult anonymes et gratuites comme un CDAG pour les anorexiques. » (C5)

- La prise en charge des consultations de psychothérapie par l'assurance maladie afin de soutenir les médecins généralistes dans leur démarche : « *A quand les psychologues pris en charge par la sécu, bordel ?* » (A5)
- La mise en place de consultations simulées en formation initiale : « *Si au lieu de nous apprendre ça comme ça, on nous fasse les amphes de face à face « ben voilà, vous êtes en face d'une patiente que vous soupçonnez d'être anorexique...* » » (B3)

## 2.4 Discussion

Notre étude avait pour force le recueil sous forme de focus groups permettant de réduire les inhibitions individuelles et d'amener de la spontanéité pour saisir un sens partagé (13), avec un échantillon diversifié en termes de sexe et de mode d'exercice.

Le double codage a permis de renforcer la validité interne de l'étude.

Il existait cependant un biais de sélection, avec une prédominance de médecins âgés de 25 à 35 ans, pouvant être expliqué par l'effet boule de neige qui s'est concentré sur cette génération.

Les principaux freins à l'abord des TCA en soins primaires qui sont apparus étaient : des représentations erronées des médecins généralistes, un manque de formation en psychologie et en communication, la sous-utilisation d'outils, le souci de la relation patient-médecin, le manque de réseau identifié et une défiance envers la psychiatrie.

Les thématiques du sentiment d'impuissance des MG et de l'alliance thérapeutique ainsi que la problématique du réseau d'aval ont déjà été identifiées dans la littérature concernant les TCA (14).

La place prépondérante de l'anorexie dans les représentations des médecins généralistes ressortait fortement au détriment d'une hyperphagie boulimique (HB) méconnue. Un seul médecin en recherchait les critères diagnostiques en pratique. Une étude américaine soulignait cette méconnaissance avec plus de 40% des praticiens n'ayant jamais évalué une hyperphagie boulimique dans leur pratique (15). Ceci peut s'expliquer par son apparition relativement récente en tant que TCA à part entière dans le DSM 5 de 2013 (1). Pourtant, l'hyperphagie boulimique est le plus fréquent des TCA avec une prévalence vie entière de 1,9% au niveau mondial (2,9% aux USA) (2, 16). En revanche, les médecins généralistes interrogés dans cette étude évoquaient volontiers l'obésité comme un TCA. Il ne faut pas confondre obésité et hyperphagie boulimique puisque l'on estime que seule la moitié des patients souffrant d'HB sont obèses (17). Toutefois, les patients obèses souffrant d'HB semblent présenter un risque de syndrome métabolique et de dyslipidémie plus important (18), une souffrance psychique en rapport à l'alimentation plus marquée (19) et une moins bonne qualité de vie (20) que les patients obèses sans HB. Les recommandations en cours d'élaboration sur l'HB et la boulimie devraient favoriser leur repérage en augmentant leur notoriété.

Il est possible que la mise au premier plan de l'anorexie par les médecins interrogés s'explique par le pronostic peu favorable qui lui est attribué. Ceci traduit une méconnaissance de leur part puisque 46,9% des anorexiques guérissent complètement, 33,5% présentent une amélioration au cours du temps, contre 20,8% de cas de chronicisation et 5% de mortalité (5). Une étude de 2009 retrouvait ce même pessimisme concernant la boulimie nerveuse,  $\frac{3}{4}$  des médecins évaluaient la durée d'évolution de la maladie à 8 ans minimum alors que  $\frac{2}{3}$  des patients guérissent à 5 ans (11).

Le seuil flou entre normal et pathologique constituait aussi un obstacle au dépistage des TCA. En effet, la majeure partie des médecins interrogés axait son repérage sur le poids et l'IMC. Toutefois, l'IMC n'est pas un critère diagnostique de la boulimie et de l'HB : on estime que l'HB ne concerne que 9 à 15% des femmes en surpoids (21) et les stratégies de contrôle du poids inhérentes aux patients boulimiques leur confère le plus souvent un IMC normal (22). De plus, l'IMC a aussi ses limites : il n'est théoriquement applicable qu'aux sujets de type caucasien et ne fait pas de différence en termes de sexe et d'âge (23). Or, par exemple, une élévation de l'IMC vers le surpoids ou l'obésité ne semble pas augmenter la morbi-mortalité après l'âge de 65 ans (24) et les normes actuelles sont questionnées par une récente étude danoise qui met en évidence que l'IMC actuel correspondant à la mortalité toutes causes la plus basse s'élève à 27, alors que ce chiffre classe encore maintenant les individus dans le surpoids (25).

Les médecins généralistes comparaient volontiers les TCA aux troubles addictifs. Cette comparaison semble appropriée, rapprochant les troubles des conduites alimentaires au trouble de l'usage tel que décrit dans le DSM-5 avec des répercussions semblables (retentissement physique dangereux, social, professionnel...) et des difficultés de repérage similaires (1, 26).

Aucun médecin généraliste n'avait connaissance du SCOFF-F, outil validé en France depuis 2010 pour le dépistage des TCA, avec une sensibilité de 94,6% et une spécificité de 94,8% (27). Si les raisons n'étaient pas détaillées dans notre étude, une étude britannique a mis en évidence que moins de 15% des psychiatres utilisaient les outils d'évaluation à leur disposition en pratique car ils les trouvaient inutiles, chronophages et susceptibles d'altérer la relation thérapeutique (28).

L'altération de cette relation patient-médecin était une des craintes principales des médecins interrogés, l'abord des TCA étant considéré comme trop intrusif. La juste distance à adopter avec son patient en médecine générale a été évoquée entre médecins installés et remplaçants, rapprochant l'abord des TCA de celui de la sexualité : dans la littérature française, 93% des patients disaient accueillir favorablement un questionnement sur leur sexualité (29). L'attente des patients atteints de TCA semble similaire puisque deux études qualitatives portant sur le sujet rapportent un regret de la part des patients de n'avoir pas eu un diagnostic plus précoce, précisant même l'espoir que leur médecin traitant aborderait le sujet, car ils ne voulaient pas l'évoquer eux-mêmes spontanément (14, 30).

Cet obstacle à l'abord pourrait donc être contourné par une formation à la communication. Ceci rejoint les recommandations de l'Académie Nationale de Médecine dans son communiqué de 2006 (31) et l'évolution de la formation médicale semble aller dans ce sens puisque le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) articule actuellement la formation des médecins généralistes en six compétences à acquérir dont l'une d'elle s'intitule « Relation, communication, approche centrée sur le patient ». Celle-ci doit permettre au jeune médecin d'utiliser les « habiletés communicationnelles adéquates » dans l'intérêt des patients, mettant en avant l'aspect relationnel de la profession (32). Un outil simple et peu chronophage tel que le RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève), utilisé en addictologie et étudié en santé sexuelle, pourrait être développé dans le domaine des TCA.

Le réseau d'aval doit aussi être renforcé, comme l'a mis en évidence un état des lieux de 2014 : 90% des médecins généralistes y rapportaient rencontrer des difficultés à orienter un patient

vers la filière psychiatrique. Le manque de place, les difficultés de communication ainsi qu'un frein financier au recours aux supports psychothérapeutiques en étaient les raisons invoquées. Cette même étude soulignait aussi que les représentations de la psychiatrie dans la société pouvaient être responsables d'une défiance du patient envers son diagnostic et faire obstacle à sa prise en charge (33).

Concernant les perspectives d'amélioration, la littérature portant sur l'impact positif d'affiches en salle d'attente ne se révèle pas concluante (34,35,36). Selon une étude américaine, le fait d'afficher un poster sur le sujet en salle d'attente ne favorisait pas la communication sur la perte de poids (34).

Néanmoins, les consultations dédiées au dépistage actuellement en discussion devraient aider à faciliter le repérage des TCA (37).

## 2.5 Conclusion

Le repérage des TCA fait partie du rôle du médecin généraliste mais celui-ci rencontre plusieurs obstacles pour les aborder.

Les représentations parfois inexactes et la formation jugée inadaptée sont à l'origine d'un défaitisme de leur part, aggravé par un réseau d'aval insuffisant et la crainte de compromettre leur relation médecin-patient.

Se pencher sur le développement de formations communicationnelles peu chronophages comme le RPIB semblerait intéressant concernant les TCA en formations initiale et continue. Une consultation de dépistage dédiée pourrait aussi favoriser un repérage systématique. Il semblerait aussi bénéfique de rassurer les médecins généralistes sur les attentes de leurs patients sur des thématiques qu'ils estiment intrusives ainsi que de formaliser des filières de prise en charge.

Enfin, l'image de la psychiatrie mériterait de plus amples études afin de comprendre comment diminuer la défiance existant aux yeux des patients et de leurs médecins.

L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt concernant cette publication.

## 3 Résumé

### Contexte

Les médecins généralistes sont les acteurs privilégiés du repérage des troubles des conduites alimentaires (TCA) qui touchent entre 0,6 et 4,5% de la population au cours de sa vie. Alors qu'un dépistage précoce améliore le pronostic, moins de la moitié des patients concernés sont repérés en ambulatoire.

### Objectif

Explorer les représentations des médecins généralistes au sujet des TCA et les obstacles ressentis à leur abord en pratique afin de comprendre ce sous-dépistage.

### Matériel et Méthode

Cinq focus groups réunissant 23 médecins généralistes ont été réalisés dans cette étude qualitative, le verbatim a été analysé par théorisation ancrée avec double codage et triangulation écologique.

### Résultats

L'anorexie mise au premier plan, un BED méconnu et l'obésité comme TCA constituaient les représentations les plus présentes chez les MG interrogés. Ils considéraient les TCA comme relatifs à l'intime du patient au même titre que la sexualité, craignant d'être trop intrusifs en les abordant et de mettre à mal la relation patient-médecin. L'aspect chronophage de la consultation, la méconnaissance des outils, le sentiment de manquer de compétences en communication et en psychologie, celui d'être démuni face à ces pathologies et la carence de réseau d'aval psychiatrique faisaient obstacle à l'abord des TCA en consultation.

### Conclusion

Une formation à des techniques communicationnelles peu chronophages, l'organisation d'une consultation de dépistage dédiée, une filière de prise en charge formalisée ou le remboursement des psychothérapies seraient des pistes pour un meilleur repérage des TCA. Etudier les représentations de la psychiatrie serait un premier pas pour vaincre la défiance à son égard.

Mots-clés : Troubles des conduites alimentaires, Soins premiers, Dépistage

Discipline : Médecine Générale

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES, Université de Bordeaux, Sciences de la Santé,  
146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex



## 4 Abstract

### Introduction

General practitioners (GP) are the most suitable candidates to screen for eating disorders (ED), which affect 0.6 to 4.5% of the population over their lifetime. The outcome of ED improves with early detection but 50% of patients are still not identified in primary care.

### Aim

To explore GP's representations of ED and the barriers they face while approaching the subject in practice, in order to understand this under-screening of ED.

### Method

Five focus groups took part in this qualitative study, double coded in the grounded theory of data analysis.

### Results

The focus on anorexia nervosa, a BED remaining unrecognised and identifying obesity as an ED were the main representations of the asked GPs. They considered ED as being bound to the intimacy of patients, just as sexuality would be, they feared to be too intrusive while approaching them and to compromise the patient-doctor relationship. The time-consuming part of such consults, the unknown assessment tools, a perceived lack of communication and psychological skills, a feeling of helplessness when faced with these disorders and lack of a psychiatric support stood in the way of approaching ED in general practice.

### Conclusion

Training for time-saving communication techniques, organising a dedicated screening consult, a well identified psychiatric network or free psychotherapy sessions are ways to improve screening of ED. To study how psychiatry can be more positively perceived would be a first step to overcome its induced mistrust.

Keywords: Eating disorders, primary care, screening

## 5 Références

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th edition). Washington: APA ; 2013.
2. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):348-58.
3. Williams PM, Goodie J, Motsinger CD. Treating Eating Disorders in Primary Care. *Eating Disorders*. 2008;77(2):9.
4. Mairs R, Nicholls D. Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child*. 2016; 101(12):1168-1175.
5. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20<sup>th</sup> century. *Am J Psychiatry*. 2002 ;159(8):1284-93.
6. Udo T, Bitley S, Grilo CM. Suicide attempts in US adults with lifetime DSM-5 eating disorders [Internet]. *BMC Medicine*. 2019;17(1):120.
7. HAS. Anorexie mentale: prise en charge [Internet]. 2010 [Consulté le 12/05/2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge)
8. National Collaborating Centre for Mental Health. Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. Leicester: British Psychological Society; 2004.
9. American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2006;163(7):4-54.
10. Aubry L, Guérin O, Michelot F. Enquête de prévalence des troubles nutritionnels dans la population consultant en médecine générale en Haute-Normandie. Rouen : Observatoire régional de la santé et du social ; 2016.
11. Currin L, Waller G, Schmidt U. Primary care physicians' knowledge of and attitudes toward the eating disorders: do they affect clinical actions? *Int J Eat Disord*. 2009;42(5):453-8.
12. Moreau A, Dedienne MC, Lestrilliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. *Rev Praticien médecine générale*. 2004 ;18(645) :382-84.
13. Duchesne S, Haegel F, Singly F de. L'enquête et ses méthodes: l'entretien collectif. Paris: Nathan Université; 2004.
14. Cadwallader JS. TCA-MG : Prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires par les médecins généralistes français. Th.D, Paris : Université Paris-Saclay; 2018.
15. Crow SJ, Peterson CB, Levine AS, et al. A survey of binge eating and obesity treatment practices among primary care providers. *Int J Eat Disord*. 2004;35:348–353.
16. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*. 2013;73(9):904-14.

17. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, et al. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord.* 1993;13(2):137-53.
18. Hudson JI, Lalonde JK, Coit CE, Tsuang MT, McElroy SL, Crow SJ, et al. Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder. *The American Journal of Clinical Nutrition.* 2010;91(6):1568-73.
19. Goldschmidt AB, Engel SG, Wonderlich SA, Crosby RD, Peterson CB, Le Grange D, et al. Momentary Affect Surrounding Loss of Control and Overeating in Obese Adults With and Without Binge Eating Disorder. *Obesity.* 2012;20(6):1206-11.
20. Sandberg RM, Dahl JK, Vedul-Kjelsås E, Engum B, Kulseng B, Mårvik R, et al. Health-Related Quality of Life in Obese Presurgery Patients with and without Binge Eating Disorder, and Subdiagnostic Binge Eating Disorders. *Journal of Obesity.* 2013;2013:1-7.
21. Basdevant A, Pouillon M, Lahlou N, Le Barzic M, Brillant M, Guy-Grand B. Prevalence of binge eating disorder in different populations of French women. *Int J Eat Disord.* 1995;18(4):309-15.
22. HAS. Boulimie et hyperphagie boulimique. Repérage et éléments généraux de prise en charge-Note de cadrage [Internet]. 2015 [Consulté le 06/06/2018]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elements-generaux-de-prise-en-charge-note-de-cadrage](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elements-generaux-de-prise-en-charge-note-de-cadrage)
23. Poulain J-P. La mesure complexe de l'obésité. dans: *Sociologie de l'obésité.* Paris : Presses Universitaires de France; 2009. p. 173-94. (Sciences sociales et sociétés).
24. Diehr P, O'Meara ES, Fitzpatrick A, Newman AB, Kuller L, Burke G. Weight, Mortality, Years of Healthy Life, and Active Life Expectancy in Older Adults: Weight and years of healthy life. *Journal Am Geriatr Soc.* 2008;56(1):76-83.
25. Afzal S, Tybjaerg-Hansen A, Jensen GB, Nordestgaard BG. Change in Body Mass Index Associated With Lowest Mortality in Denmark, 1976-2013. *JAMA.* 2016;315(18):1989.
26. Garel M. Evaluation d'une étude pilote en Lorraine sur le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) auprès de médecins généralistes en matière d'alcool, tabac et cannabis. Thèse de médecine, Nancy : Université de Lorraine ; 2018.
27. Garcia FD, Grigioni S, Chelali S, Meyrignac G, Thibaut F, Dechelotte P. Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *The World Journal of Biological Psychiatry.* oct 2010;11(7):888-93.
28. Gilbody SM, House AO, Sheldon TA. Psychiatrists in the UK do not use outcome measures. *British Journal of Psychiatry.* 2002;180 :101-103.
29. Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. *Sexologies.* 2017 ; 26 :136-145.
30. Rives-Lange C. Anorexie mentale et médecine générale : réflexions concernant la place du médecin généraliste dans le parcours de soins de patientes atteintes d'anorexie mentale ; approche qualitative à partir d'entretiens réalisés auprès de patientes. Thèse de médecine, Paris : Université Paris Diderot ; 2013.
31. Manz JM, Wattel F. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné [Internet]. Académie Nationale de Médecine ; 2006 [Consulté le 03 juin 2019]. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/importance-de-la-communication-dans-la-relation-soignant-soigne/>
32. Compagnon L, Bail P, Huez JF, et al. Les niveaux de compétences. *exercer* 2013;108:156-64.

33. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt JL. Etat des lieux. Recherche action nationale "Place de la santé mentale en médecine générale". Information psychiatrique. 2014; 5(90) :311-317.
34. Stephens GS, Blanken SE, Greiner KA, Chumley HS. Visual Prompt Poster for Promoting Patient-Physician Conversations on Weight Loss. The Annals of Family Medicine. 2008;6(1):33-6.
35. Ashe D, Patrick PA, Stempel MM, Shi Q, Brand DA. Educational Posters to Reduce Antibiotic Use. Journal of Pediatric Health Care. 2006;20(3):192-7.
36. Berkhout C, Willefert-Bouche A, Chazard E, et al. Randomized controlled trial on promoting influenza vaccination in general practice waiting rooms [Internet]. PLOS ONE; 2018 [Consulté le 24 juillet 2019]. Disponible sur : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0192155>
37. HCSP. Consultations de prévention. Constats sur les pratiques actuelles en médecine et propositions de développement [Internet]. HCSP ; 2009 [Consulté le 29 Juillet 2019]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapports?Annee=2009&Langue=&Type=r&MCO=0&MC1=/>

## 6 Annexes

### 6.1 Annexe 1 : Guide d'entretien

#### **GUIDE D'ENTRETIEN**

##### **1) Définition des TCA**

- Pour vous, qu'est-ce qu'un trouble des conduites alimentaires (TCA) ?
- Comment définiriez-vous les TCA ?  
(Questions vastes, pas de jugement sur les connaissances théoriques mais valorisation de la représentation personnelle)

##### **2) Reprise de la définition des TCA selon l'HAS**

Reprise rapide des trois grands troubles (anorexie mentale/boulimie/BED) et de leurs critères diagnostiques (s'assurer que l'on parle de la même chose pour la suite).

##### **3) Critères de repérage et abord en pratique**

- Qu'est-ce qui, en pratique, vous fait évoquer un trouble des conduites alimentaires chez un patient ?
- Dans quel contexte avez-vous pu rencontrer des TCA ? Racontez-moi.
- Comment abordez-vous le sujet ? Quelles questions avez-vous posées ?
- Utilisez-vous des outils pour vous aider ?
- Quelles ont pu être les réactions de vos patients ?

##### **4) Les obstacles ressentis**

- Quels sont les éléments qui pourraient vous empêcher de repérer précocement un TCA ?
- Quel type de problème rencontrez-vous pour aborder les TCA ?
- Quelles sont les raisons qui pourraient faire que vous n'aborderiez pas les TCA ?

##### **5) Présentation de l'étude Normanut 3**

Recueil des réactions

##### **6) Pistes de réflexion/d'amélioration**

- Après cette discussion, qu'est-ce qui pourrait, selon vous, faciliter/améliorer le repérage des TCA en médecine générale ?

## 6.2 Annexe 2 : Note d'information

### **NOTE D'INFORMATION**

La réalisation de ce focus group est effectuée dans le cadre d'un travail de thèse portant sur l'abord des troubles des conduites alimentaires en médecine ambulatoire.

Chaque entretien est enregistré au moyen d'un dictaphone puis les données sont retranscrites et anonymisées avant traitement et analyse. Aucune donnée personnelle n'apparaîtra dans le travail fini. Elles ne seront connues que de moi-même, modératrice du groupe ainsi que de l'animateur du groupe.

Ces données personnelles servent à contextualiser l'analyse inductive propre à la recherche qualitative.

Elles seront conservées jusqu'à finalisation du travail (1 an maximum).

Les données récoltées vous seront retransmises après transcription afin de laisser à chacun un droit de regard et de rectification.

Jennifer BOYER, modératrice des focus groups et responsable du travail de thèse  
[jen.boyer64@gmail.com](mailto:jen.boyer64@gmail.com)

Christophe DAVID, animateur des focus groups  
[crisdavids@gmail.com](mailto:crisdavids@gmail.com)

### 6.3 Annexe 3 : Questionnaire SCOFF-F

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

Un point est donné pour chaque réponse positive.

Le seuil de positivité du test est fixé à 2.

## 7 Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise 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 et les patientes 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 les consciences.

Je donnerai mes soins à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 consœurs et à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les êtres humains, mes consœurs et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.